

A objeção de consciência e a recusa em prestar cuidados em saúde reprodutiva: Um Relatório que examina a prevalência, suas consequências à saúde e as respostas normativas

Wendy Chavkin
Liddy Leitman
Kate Polin

para Global Doctors for Choice

Rede
Médica

PELO DIREITO
DE DECIDIR:
Global Doctors
for Choice/Brasil

Global
Doctors
For Choice

A objeção de consciência e a recusa em prestar cuidados em saúde reprodutiva: Um Relatório que examina a prevalência, suas consequências à saúde e as respostas normativas

Wendy Chavkin^{a,b,c,*},
Liddy Leitman^a
Kate Polin^a;

para Global Doctors for Choice

a Global Doctors for Choice, GDC Global, Nova York, EUA

b Faculdade de Medicina e Cirurgia, Universidade de Columbia, Nova York, EUA

c Escola de Saúde Pública Mailman, Universidade de Columbia, Nova York, EUA



A Global Doctors for Choice (GDC) é uma rede internacional de médicos que defendem a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres. Tem o compromisso de promover o intercâmbio, o apoio e a colaboração entre médicos ao redor do mundo para que possam trabalhar ativamente para garantir que todas as pessoas tenham informação, acesso a serviços de alta qualidade e liberdade de escolha para tomar decisões sobre a sua própria saúde reprodutiva.

A Rede Médica pelo Direito de Decidir, filial brasileira do GDC, foi constituída em 2012, e reúne médicos de todas as regiões do país. Desde sua criação, já se manifestou em casos emblemáticos de saúde sexual e reprodutiva, influenciou a posição do Conselho Federal de Medicina sobre a descriminalização do aborto até a 12a. semana e participou ativamente do 55o. Congresso da FEBRASGO realizado em 2013 em Salvador na Bahia.

O Relatório ora publicado refere-se à objeção de consciência e à recusa em prestar cuidados em saúde reprodutiva por parte de profissionais de saúde. Sua importância deve-se ao fato de que esse é um fenômeno cada vez mais frequente no Brasil e no mundo, e que tem inúmeras consequências negativas para a saúde das mulheres. Seu principal objetivo, além de trazer o tema para o debate médico e de saúde pública, é contribuir para a busca do equilíbrio entre os direitos das mulheres à saúde sexual e reprodutiva e os direitos dos profissionais de saúde de respeitarem a sua consciência. Como qualquer conflito de direitos, essa não é uma tarefa fácil, mas é sem dúvida possível.

Esperamos que este Relatório contribua para a formulação de respostas políticas e legislativas que equilibrem os interesses conflitantes assegurando ao mesmo tempo a saúde e a vida das mulheres e a integridade e a consciência dos médicos.

Boa leitura!

Dr. Cristiano Rosas
Coordenador Geral
Rede Médica pelo Direito de Decidir / GDC Brasil

RESUMO

Histórico: A *Global Doctors for Choice* (GDC) – uma rede internacional de médicos defensores dos direitos e da saúde reprodutiva – começou a explorar o fenômeno da recusa consciente na prestação de cuidados em saúde reprodutiva como resposta aos relatos cada vez mais frequentes de danos ao redor do mundo. Este *Relatório* examina a prevalência e o impacto dessa recusa, e analisa os esforços de políticas para balancear a consciência individual, a autonomia na tomada de decisões quanto à saúde reprodutiva, a proteção da saúde e a integridade profissional médica.

Objetivos e estratégia de pesquisa: Este *Relatório* toma como base as literaturas médica, jurídica, ética, de saúde pública e das ciências sociais publicadas entre 1998 e 2013 em inglês, francês, alemão, italiano, português e espanhol. As estimativas de prevalência da objeção de consciência são difíceis de serem obtidas, pois não há consenso sobre os critérios para o *status* de objetor nem uma definição padronizada da prática, além dos estudos apresentarem limitações de amostragem e metodologia. O *Relatório* analisa esses dados e oferece uma estrutura lógica para representar as possíveis consequências à saúde e ao sistema de saúde da recusa consciente à realização do aborto, às tecnologias de reprodução assistida, à contracepção, ao tratamento em caso de risco à saúde materna e interrupção inevitável da gravidez e ao diagnóstico pré-natal. Conclui com a categorização de respostas jurídicas e regulatórias, bem como de outras respostas políticas à prática.

Conclusões: Evidências empíricas são essenciais para variados atores políticos que respondem a essas preocupações conflitantes com políticas ou regulamentações. São necessárias pesquisas e capacitações adicionais em diferentes ambientes geopolíticos. Com o compromisso duplo em relação à própria consciência e também às suas obrigações perante a saúde e os direitos dos pacientes, os profissionais de saúde e as sociedades de profissionais médicos e da saúde pública devem liderar as tentativas de respostas à prática da objeção de consciência de modo a garantir a proteção à saúde reprodutiva, à integridade médica e à vida das mulheres.

1. Introdução

Como podem as sociedades encontrar o equilíbrio adequado entre os direitos das mulheres receberem os cuidados necessários à sua saúde reprodutiva e os direitos dos profissionais de saúde respeitarem a sua consciência? A *Global Doctors for Choice* (GDC) – uma rede internacional de médicos defensores dos direitos e da saúde reprodutiva (www.globaldoctorsforchoice.org) – começou a explorar o fenômeno da recusa consciente de prover cuidados em saúde reprodutiva em razão dos relatos cada vez mais frequentes de danos ao redor do mundo. Este *Relatório* aborda os diferentes interesses e necessidades em questão quando médicos alegam o *status* de objetor de consciência ao proverem serviços de cuidados em saúde reprodutiva (apesar de o GDC representar médicos, neste *Relatório*, utilizaremos os termos ‘profissionais de saúde’ e ‘clínicos’ para também incluir a recusa da prestação de cuidado por enfermeiras, parteiras e farmacêuticos). Como o foco é a saúde, examinamos os dados quanto à prevalência da recusa, estabelecemos as possíveis consequências para a saúde das pacientes e o impacto sobre outros profissionais de saúde e sistemas de saúde e divulgamos as respostas jurídicas, regulatórias e profissionais. Os direitos humanos estão interligados com a saúde e em todo este *Relatório* recorreremos à estrutura e ao marco dos direitos humanos. Também levamos em consideração os princípios fundamentais da bioética que embasam a prática da medicina em geral, como as obrigações de fornecer aos pacientes informações precisas, de prestar cuidados em conformidade com o mais alto padrão de qualidade possível e de prover cuidados urgentemente necessários. Outros trabalhos destacaram as consequências da objeção de consciência no setor de saúde em termos da tensão entre o laico e o religioso. Nossa contribuição, que complementa todo esse trabalho anterior, é oferecer as perspectivas e as evidências tanto médicas quanto de saúde pública. Focamos nos direitos do profissional de saúde que invoca a objeção de consciência e em suas obrigações profissionais, mas também nos direitos das mulheres que necessitam de serviços médicos, nas consequências da recusa para a saúde das mulheres e no impacto sobre o sistema de saúde como um todo.

A objeção de consciência é a recusa em participar de uma atividade que um indivíduo considere incompatível com suas convicções religiosas, morais, filosóficas ou éticas.[1] Tem sua origem na forma de contestação ao serviço militar obrigatório, porém sua prática aumentou em variados contextos, como educação, pena de morte, exigências de carteira de motorista, certidões de casamento para casais do mesmo sexo, assim como a medicina e a saúde. Embora os profissionais de saúde tenham declarado objeção

de consciência a uma variedade de tratamentos médicos (p. ex., cuidados paliativos na fase terminal da vida e tratamento com células-tronco), este *Relatório* aborda a objeção de consciência ao fornecimento de alguns cuidados em saúde reprodutiva (os termos objeção de consciência e recusa consciente são usados indistintamente em todo este *Relatório*). A recusa em prover esse cuidado tem afetado uma ampla gama de procedimentos diagnósticos e tratamentos, incluindo aborto e cuidado pós-aborto; as tecnologias de reprodução assistida relacionadas à manipulação ou seleção de embriões; serviços contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência; tratamento em casos de interrupção inevitável da gravidez ou doença materna durante a gestação; e diagnóstico pré-natal.

Foram feitos esforços para equilibrar os direitos dos profissionais objetores e de outros funcionários com os direitos das pacientes. As convenções internacionais e regionais de direitos humanos, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres,[2] o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP),[1] a Convenção Americana de Direitos Humanos[3] e a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais,[4] bem como órgãos das Nações Unidas de monitoramento de convenções[5,6] reconheceram tanto o direito ao acesso a serviços de assistência médica sexual e reprodutiva de qualidade, acessível e aceitável como o direito à liberdade de religião, consciência e pensamento. O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África reconhece o direito de não sofrer discriminação com base na religião e também o direito à saúde, principalmente à saúde reprodutiva, como um direito humano fundamental.[7] Esses instrumentos conciliam esses direitos aparentemente conflitantes, estabelecendo que os indivíduos têm direito a crenças, mas que a liberdade de manifestar sua religião ou suas crenças pode ser limitada a fim de proteger os direitos de terceiros.

O PIDCP, um pilar central dos direitos humanos que confere força jurídica à Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU de 1948, declara, no Artigo 18(1), que:[1]

Toda pessoa terá direito a liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Esse direito implicará a liberdade de ter ou adotar uma religião ou uma crença de sua escolha e a liberdade de professar sua religião ou crença, individual ou coletivamente, tanto pública como privadamente, por meio do culto, da celebração de ritos, de práticas e do ensino.

Contudo, o Artigo 18(3) afirma que:[1]

A liberdade de manifestar a própria religião ou crença estará sujeita apenas às limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral públicas ou os direitos e as liberdades das demais pessoas.

Associações profissionais internacionais, como a Associação Médica Mundial[8] e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)[9] – bem como sociedades e grupos nacionais de médicos e profissionais da enfermagem, como o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia;[10] o Grupo Médico por el Derecho a Decidir da Colômbia;[11] e a Royal College of Nursing da Austrália[12] – também concordaram que o direito do profissional de saúde recusar conscientemente a prestação de alguns serviços deve ser secundário a seu dever principal, aquele perante o paciente. Essas associações especificam que esse direito à recusa deve estar pautado pelas obrigações de garantir que os direitos do paciente a informações e serviços não sejam infringidos.

A recusa consciente de cuidado parece estar difundida em muitas partes do mundo. Embora haja poucos estudos rigorosos, as estimativas variam de 10% dos ginecologistas e obstetras que se recusam a realizar abortos, relatado em um estudo do Reino Unido[13], a quase 70% dos ginecologistas registrados como objetores de consciência ao aborto no Ministério da Saúde da Itália.[14] Embora o impacto da perda de profissionais de saúde possa ser imediato e mais óbvio nos países em que as taxas de mortalidade materna decorrente de gravidez, parto e aborto ilegal são elevadas, e representam uma grande preocupação de saúde pública, consequências em níveis individuais e sistêmicos também foram relatadas em locais ricos em termos de recursos. No nível individual, o acesso reduzido aos serviços de saúde devido à objeção de consciência tem um impacto desproporcional sobre aqueles que vivem em circunstâncias precárias ou sob risco elevado, e agrava as desigualdades na situação da saúde. De fato, muitas mulheres, homens e adolescentes não têm acesso aos serviços essenciais de cuidados em saúde reprodutiva porque vivem em países com leis restritivas, recursos de saúde escassos, poucos profissionais de saúde e poucas vagas para treinar mais profissionais, além de infraestrutura limitada de saúde e para o acesso ao setor de saúde, como rodovias e transporte público de qualidade. O número inadequado de profissionais de saúde é reduzido ainda mais pela “fuga de cérebros”, isto é, quando profissionais treinados deixam seus países de origem em busca de carreiras mais confortáveis, tecnicamente satisfatórias e lucrativas em países mais ricos.[15] O acesso a cuidados em saúde reprodutiva fica ainda mais comprometido quando ginecologistas, aneste-

siologistas, clínicos gerais, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos alegam a objeção de consciência para justificar a recusa em fornecer procedimentos específicos de cuidado.

A quantidade de recursos destinada pelo sistema de saúde influencia muito o impacto causado pela perda dos profissionais de saúde devido à recusa consciente de cuidados. Em locais com recursos limitados, onde há muito poucos profissionais de saúde para a necessidade da população, é lógico pressupor a seguinte cadeia de eventos: a redução progressiva de funcionários disponíveis leva à maior pressão sobre os profissionais remanescentes; mais mulheres apresentam complicações por não terem acesso aos serviços no momento necessário; e as complicações exigem um serviço especializado, como cuidado materno e/ou neonatal intensivo e mais pessoal altamente qualificado, adicionalmente aos custos mais elevados. O aumento da demanda por serviços e pessoal especializados onera e desvia os recursos humanos e de infraestrutura disponíveis a outros serviços prioritários de saúde. Entretanto, é difícil separar o impacto da objeção de consciência quando ela é um dos muitos obstáculos para os cuidados em saúde reprodutiva. É conceitual e pragmaticamente complicado diferenciar a contribuição ao acesso limitado a cuidados em saúde reprodutiva atribuível a objetores de consciência da contribuição atribuível aos recursos limitados, às leis restritivas ou aos demais obstáculos.

Quais são os critérios para estabelecer o *status* de objetor e quem é elegível para invocar a objeção de consciência? No contexto militar, os objetores por razões de consciência devem atender a várias exigências processuais e fornecer uma evidência de que suas crenças são sinceras, profundamente arraigadas e consistentes.[16] Essas exigências visam diferenciar objetores genuínos dos que confundem objeção de consciência com opinião política ou pessoal. Por exemplo, o verdadeiro objetor de consciência ao envolvimento militar se recusaria a lutar em qualquer guerra, ao passo que alguém que discorda de uma guerra específica, mas estaria disposto a participar de uma guerra diferente, dita 'justa', tem apenas uma opinião política ou pessoal. Os achados de estudos e os relatos informais de muitos países sugerem que alguns clínicos gerais alegam objeção de consciência por motivos não relacionados às suas convicções religiosas ou éticas profundamente arraigadas. Por exemplo, alguns médicos no Brasil, que se descrevem como objetores, estavam, entretanto, dispostos a obter ou realizar abortos para seus familiares diretos.[17] Um estudo polonês descreveu clínicos, como os denominados 'Máfia do Jaleco Branco', que alegam o *status* de objetor de consciência no setor público, porém prestam os mesmos serviços em suas clínicas particulares.[18] Outras pesquisas indicam que alguns ale-

gam *status* de objetor porque querem evitar serem associados a serviços estigmatizados, e não por serem realmente objetores de consciência.[19]

Ademais, algumas instituições do setor de saúde com filiação religiosa alegam o *status* de objetor e forçam seus funcionários a recusarem-se a prover cuidados que são legalmente permitidos.[20,21] O direito à consciência é geralmente entendido como pertencente a um indivíduo, e não a uma instituição, já que alegações de consciência são consideradas uma maneira de manter a integridade moral e religiosa da pessoa. Contudo, alguns discordam e argumentam que a missão de um hospital é análoga à consciência e à identidade de um indivíduo, e “justifica a deferência substancial”.[22] Outros contestam esse fato alegando que as instituições de saúde são autorizadas a funcionar pelos Estados, costumam receber financiamento público e podem ser os únicos prestadores de serviços de assistência médica nas comunidades. Wicclair e Charo argumentam que, já que uma licença concede determinados direitos e privilégios a uma instituição,[22–24] “[q]uando os licenciados aceitam e usufruem desses direitos e privilégios, eles incorrem em obrigações mútuas, incluindo as obrigações de proteger os pacientes de danos, de promover sua saúde e de respeitar sua autonomia”.[22]

Existem também controvérsias com relação a se as obrigações e os direitos variam se um profissional de saúde trabalhar no setor público ou no privado. Os profissionais de saúde do setor público são empregados do Estado e possuem obrigações de atender o público para o bem maior, devendo proporcionar o mais alto ‘padrão de cuidado’, conforme previsto em leis e políticas do Estado.[22] O Instituto de Medicina dos Estados Unidos define ‘padrão de cuidado’ como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados, bem como o grau em que são compatíveis com o conhecimento profissional atual” e identifica a segurança, a eficácia, o foco no paciente e a oportunidade dos serviços como elementos fundamentais.[25] A Organização Mundial da Saúde acrescenta à lista de elementos essenciais da qualidade do cuidado os conceitos de igualdade, acessibilidade e eficiência.[26] Existem precedentes jurisprudenciais que limitam o escopo da objeção de consciência para profissionais que atuam como representantes do Estado.[23] Alguns argumentam que essas limitações podem ser estendidas àqueles que prestam serviços de saúde no setor privado porque, como a autorização do Estado proporciona a essas profissões um monopólio sobre um serviço público, os profissionais têm uma obrigação coletiva de fornecer aos pacientes um acesso não discriminatório a todos os serviços permitidos.[23, 27] Entretanto, é mais difícil identificar a recusa consciente de cuidado no setor privado porque os médicos normalmente podem escolher

os serviços que oferecem, apesar de terem as mesmas obrigações profissionais de fornecerem aos pacientes informações e encaminhamento precisos.

Uma perspectiva alternativa é oferecida pelo conceito de *comprometimento consciente* usado para reconhecer os profissionais de saúde cuja consciência os motiva a prover os serviços de saúde reprodutiva, e que priorizam o cuidado com a paciente e não as doutrinas ou interesses religiosos próprios.[28, 29] Dickens e Cook defendem que um compromisso consciente “inspira profissionais de saúde a superar obstáculos para prestar os serviços de saúde reprodutiva a fim de proteger e promover a saúde das mulheres”.[28] Eles afirmam que, como a prestação de cuidados também pode ter a consciência como base, o respeito total pela consciência exige a aceitação tanto da objeção à participação quanto do comprometimento de prestar serviços, de forma que este último grupo de profissionais também tenha direito de não sofrer discriminação com base em suas convicções. [28] Esse princípio é articulado pela FIGO[9], que em sua Resolução sobre a Objeção de Consciência afirma que “os médicos têm direito ao respeito por suas convicções de consciência no que tange tanto a assumir quanto a não assumir a execução de procedimentos legais”.[30]

Começamos este *Relatório* com uma análise dos limitados dados a respeito da prevalência da recusa consciente de cuidados e das motivações dos objetores. Dados descritivos da prevalência são necessários para avaliar a distribuição e o escopo desse fenômeno e também para compreender as razões dos objetores de modo a elaborar respostas respeitosas e efetivas. Analisamos os dados, apontamos as limitações metodológicas, geográficas e de outra natureza e especificamos dúvidas que exigem uma investigação adicional. Então, exploramos as consequências da objeção de consciência para pacientes e para os sistemas de saúde. Idealmente, avaliaríamos as evidências empíricas quanto ao impacto da recusa consciente sobre o atraso na obtenção de cuidados para as pacientes e suas famílias, para a sociedade, para os profissionais de saúde e também para os sistemas de saúde. Como essa pesquisa não foi realizada, optamos por delinear de modo esquemático a sequência lógica de eventos quando os cuidados são recusados.

Em seguida, verificamos as respostas à objeção de consciência para prover cuidados em saúde por órgãos, governos, setores de saúde e outros empregadores e associações profissionais internacionais. Essas respostas incluem o estabelecimento de critérios para aquisição do *status* de objetor, a divulgação obrigatória de tal *status* às pacientes, o registro do *status* de objetor, o encaminhamento obrigatório a profissionais de saúde dispostos a prover o cuidado e, por fim, a prestação de cuidados de emergência. Tomamos como base análises realizadas por terceiros para categorizar os

diferentes modelos utilizados: legislativo, constitucional, de jurisprudência, normativo, exigências de contratação e normas profissionais de cuidados. Por fim, oferecemos recomendações para pesquisas adicionais e também sobre a maneira como as organizações médicas e de saúde pública poderiam contribuir para o desenvolvimento e a implementação de políticas para gerenciar a prática de objeção de consciência.

Este *Relatório* toma como base as literaturas médica, jurídica, ética, de saúde pública e das ciências sociais dos últimos 15 anos em inglês, francês, alemão, italiano, português e espanhol disponíveis em 2013. Pretende ser um compêndio moderno e útil para órgãos reguladores de saúde e de outros setores que buscam o equilíbrio do direito do profissional de saúde à consciência com a obrigação sistêmica de prestar cuidados. O *Relatório* precisará de atualizações na medida em que evidências adicionais e experiências políticas forem se acumulando. Por fim, mas não menos importante, ele pretende ressaltar a importância das perspectivas médica e de saúde pública, fazer uso da estrutura de direitos humanos para a prestação de serviços médicos em saúde reprodutiva e enfatizar a importância do uso de evidências científicas nas deliberações políticas sobre direitos e obrigações conflitantes.

2. Análise das evidências

2.1. Métodos

Analisamos os dados referentes à prevalência da objeção de consciência e as motivações dos objetores a fim de avaliar a distribuição e o escopo do fenômeno e, também, ter uma base empírica para elaborar respostas respeitadas e efetivas. Entretanto, é difícil obter estimativas de prevalência; não há consenso acerca dos critérios para o *status* de objetor e, assim, não há uma definição padronizada da prática. Além disso, é difícil avaliar se as descobertas de alguns estudos refletem a intenção ou o comportamento real. São os poucos países que exigem registro que fornecem as evidências mais sólidas de prevalência.

Uma análise sistemática não pode ser realizada porque os dados são por várias razões, aqui descritas, limitados, tornando a maioria deles ilegível para inclusão nesse tipo de revisão. Buscamos sistematicamente dados de estudos quantitativos, qualitativos e etnográficos e constatamos que muitos apresentam amostras não representativas ou pequenas, baixas taxas de resposta e outras limitações metodológicas que impedem sua generalização. De fato, os estudos analisados não são comparáveis do ponto de vista metodológico ou temático. A maioria foca na recusa consciente de cuidado

relacionada ao aborto e somente alguns examinam a recusa à contracepção de emergência ou outra contracepção, ao diagnóstico pré-natal ou a outros procedimentos de cuidado. Alguns examinam as atitudes e as práticas do profissional de saúde relacionadas ao aborto em geral, ao passo que outros investigam essas atitudes e práticas em termos de circunstâncias específicas nas quais as pessoas buscam o serviço: por exemplo, motivos financeiros, escolha de sexo, falha na contracepção, estupro/incesto, anomalia fetal e risco de vida da mãe. Alguns baseiam-se em pesquisas eletrônicas ou por e-mail com questões objetivas, enquanto outros utilizam entrevistas detalhadas. A maioria enfoca os médicos; enquanto um número menor estuda os enfermeiros, parteiras ou farmacêuticos.

Essas pesquisas também estão limitadas geograficamente, pois em sua maior parte foi realizada em países de alta renda. Por terem mais recursos e leis e políticas de saúde reprodutiva mais liberais, esses países, se comparados aos de baixa renda, oferecem uma variedade maior de serviços e, conseqüentemente, mais oportunidades para objeção. Medir o impacto da recusa consciente a cuidados em contextos com poucos recursos apresenta desafios adicionais, pois os custos elevados e a falta de profissionais de saúde qualificados dificultam a avaliação desse e de outros fatores que impedem o acesso ao cuidado. Reconhecendo que a objeção de consciência ao cuidado em saúde reprodutiva tem que ser estudada com o rigor necessário, foram incluídos todos os estudos localizados nos últimos 15 anos, e as questões transversais foram deixadas como temas para futuras pesquisas.

2.2. Prevalência e atitudes

As estimativas de prevalência mais sólidas vêm de uma amostra limitada dos poucos locais que obrigam os objetores a se registrarem como tais ou fornecerem notificação por escrito. 70% dos ginecologistas e obstetras e 50% dos anesthesiologistas registraram-se no Ministério da Saúde da Itália como objetores ao aborto.[31] Embora a Noruega e a Eslovênia exijam alguma forma de registro, nenhum dos dois países informou dados de prevalência.[32-34] Outras estimativas de prevalência derivam de pesquisas com variadas estratégias de amostragem e taxas de resposta. Em uma amostra aleatória de estagiários de ginecologia e obstetrícia no Reino Unido, quase um terço objetou ao aborto.[35] 14% dos médicos de várias especialidades entrevistados em Hong Kong disseram ser objetores.[36] 17% dos farmacêuticos licenciados do estado de Nevada (EUA) objetaram à mifepristona e 8% objetaram à contracepção de emergência.[37] Um relatório da Áustria descreve que há muitas regiões sem profissionais e um relatório de Portugal indica que aproximadamente 80% dos ginecologistas recusam-se a realizar abortos legais.[38-40]

Outros estudos investigaram opiniões sobre abortos e a intenção de prestar serviços. Uma amostra de conveniência de alunos de medicina e enfermagem da Espanha indicou que a maioria apoia o acesso ao aborto e está disposta a realizá-lo.[41] Uma pesquisa com alunos de medicina, enfermagem e assistente médico em uma universidade dos Estados Unidos indicou que mais de dois terços apoiam o aborto, porém somente um terço está disposto a realizá-lo, sendo que os alunos de enfermagem e de assistente médico demonstraram maior interesse em fazê-lo.[42] Os oito curadores tradicionais entrevistados na África do Sul opuseram-se ao aborto,[43] e um estudo etnográfico com ginecologistas e obstetras, parteiras e enfermeiros senegaleses relatou que um terço acredita que uma lei altamente restritiva deveria permitir o aborto em caso de estupro/incesto, apesar de muito poucos estarem dispostos a prestar os serviços (estudo não publicado).

Algumas pesquisas indicam que um subgrupo dos profissionais de saúde defende ser objetor de consciência quando, na verdade, sua objeção não é absoluta. Pelo contrário, ela reflete opiniões sobre características dos pacientes ou as razões para procurar um serviço específico. Por exemplo, uma amostra aleatória estratificada de médicos americanos revelou que metade deles recusa medidas de contracepção e aborto a adolescentes sem o consentimento dos pais, mesmo que a lei estipule o contrário.[44] Uma pesquisa dos membros da sociedade profissional de pediatras de pronto socorro dos Estados Unidos indicou que a maioria apoiava a prescrição de contraceptivo de emergência a adolescentes, embora apenas uma minoria já o tenha feito.[45] Um estudo de um programa de cuidado pós-aborto no Senegal, que visava reduzir a morbi-mortalidade devido a complicações de aborto inseguro, constatou que alguns profissionais retardavam os cuidados às mulheres que suspeitavam ter induzido o aborto (não publicado).

A disposição para realizar abortos varia de acordo com o contexto clínico e com a razão para abortar, como demonstrado por uma amostra aleatória estratificada de ginecologistas e obstetras da Associação Médica Americana.[46] Uma pesquisa entre clínicos gerais residentes dos Estados Unidos avaliando a prevalência de objeção moral a 14 procedimentos médicos legalmente disponíveis revelou que 52% apoiavam a realização de aborto em razão de falha de contracepção.[47] Apesar da oposição ao aborto voluntário, mais de três quartos dos ginecologistas e obstetras que trabalharam em hospitais públicos na região de Buenos Aires entre 1998 e 1999 apoiavam o aborto em casos de ameaça à saúde da mãe, anomalia fetal grave e estupro/incesto.[48] Paralelamente, enquanto 10% de uma amostra aleatória de ginecologistas e obstetras consultados no Reino Unido descreviam-se como objetores, a maioria desse grupo era a favor do aborto em casos de anomalia fetal grave.[13]

Outras inconsistências relacionadas à recusa de cuidado resultaram da familiaridade do profissional de saúde com a paciente, da experiência de estigmatização ou do oportunismo. Um estudo brasileiro relatou que os ginecologistas brasileiros tinham maior tendência a apoiar o aborto para si mesmos ou para um membro de sua família do que para pacientes desconhecidas.[17] Médicos na Polônia e no Brasil relataram relutância na realização de abortos permitidos por lei por causa de uma atmosfera política hostil, e não por objeção de consciência. Os autores também notaram que a objeção de consciência na esfera pública permitia aos médicos direcionar pacientes para clínicas particulares por valores mais altos.[19] Não surpreende que níveis mais altos de religiosidade autodenominada relacionaram-se a níveis mais altos de desaprovação e objeção relacionadas à realização de alguns procedimentos.[49] Além disso, uma amostra aleatória de clínicos gerais do Reino Unido,[50] um estudo com enfermeiras licenciadas do estado de Idaho (EUA),[51] um estudo com ginecologistas e obstetras de um hospital de Nova York (EUA),[52] e um levantamento transversal de obstetras, ginecologistas e parteiras na Suécia constataram uma associação entre a religiosidade autodenominada e a relutância em realizar abortos.[53] Um estudo com farmacêuticos do estado do Texas (EUA) constatou a mesma relação quanto à recusa de prescrição de contracepção de emergência.[54]

Em uma pesquisa com estudantes de medicina e médicos em Camarões, bem como em um estudo qualitativo com médicos ginecologistas e obstetras no Senegal [55,56] a maior aceitação desses tipos de serviços contestados e as menores taxas de objeção foram associadas a maiores níveis de capacitação e experiência. Padrões semelhantes prevaleceram em uma pesquisa com estudantes de medicina noruegueses [57] e farmacêuticos, ginecologistas e obstetras nos Estados Unidos.[45]

A recusa de clínicos gerais de realizar procedimentos com técnicas de reprodução assistida e diagnóstico pré-natal também variou, por vezes motivada por preocupações quanto à própria falta de competência para os realizar. E, enquanto a maioria dos ginecologistas, obstetras e enfermeiros dinamarqueses (87%) de uma amostra não aleatória apoiava o aborto e as técnicas de reprodução assistida, 69% se opunha à redução seletiva de embriões.[49] Uma amostra aleatória de ginecologistas e obstetras do Reino Unido indicou que 18% não concordariam em fornecer diagnóstico pré-natal a um paciente.[13]

Diversos estudos divulgaram implicações institucionais resultantes da recusa de cuidados. Médicos e enfermeiros gerentes em hospitais do estado de Massachusetts (EUA) disseram que a objeção dos enfermeiros limitava a capacidade de agendar procedimentos e causava atrasos para as pacien-

tes.[58] Metade de uma amostra aleatória estratificada de ginecologistas e obstetras norte-americanos trabalhando principalmente em hospitais de afiliação religiosa relatou conflitos com o hospital a respeito da prática clínica, sendo que 5% deles relataram que esses conflitos tinham a ver principalmente com o tratamento de gravidez ectópica.[59] 52% de uma amostra não aleatória de ginecologistas e obstetras consultores regionais no Reino Unido disseram que um número insuficiente de jovens médicos está sendo treinado para realizar abortos devido à opção de não o fazer e, também, à objeção de consciência.[35] Um relatório sul-africano de 2011 afirma que mais da metade das clínicas designadas para realizar aborto não o fazem, em parte devido à objeção de consciência, o que resulta na persistência generalizada de abortos inseguros e de morbi-mortalidade.[60] Uma amostra não aleatória de médicos poloneses relatou que a objeção institucional, e não a individual, era mais comum.[19] Observações semelhantes foram feitas com relação a hospitais eslovacos.[61]

Poucas investigações têm explorado as atitudes de clínicos gerais face ao regulamento da recusa consciente de cuidados em saúde reprodutiva. Dois estudos dos Estados Unidos indicam que a maioria dos clínicos gerais do estado de Wisconsin e uma amostra aleatória de clínicos americanos acredita que os médicos deveriam informar o *status* de objetor às pacientes.[44,47] Uma pesquisa com especialistas no Reino Unido revelou que metade querem ter autoridade para incluir a prática de aborto nas descrições de postos de trabalho para os cargos de ginecologistas e obstetras, e que mais de um terço pensa que os objetores deveriam ser obrigados a informar seus motivos.[35] Entrevistas com uma amostra selecionada de médicos irlandeses revelaram opiniões variadas não somente sobre a obrigação dos objetores indicarem outros profissionais de saúde dispostos a realizar o procedimento, como também sobre o fato de que mulheres viajam para o exterior para realizar abortos e outros serviços que lhes são negados em seus países de origem.[62]

Enquanto a literatura examinada indica ocorrências generalizadas de objeção de consciência para prestar alguns cuidados em saúde reprodutiva, ela não oferece uma rigorosa base de evidências a partir da qual seja possível mapear o panorama global. A avaliação da prevalência da objeção de consciência exige determinar o número de objetores (numerador) e o número total da população de profissionais de saúde que integram o denominador (por exemplo, o número de ginecologistas e obstetras que alegam objeção de consciência à contracepção de emergência e a população total de ginecologistas e obstetras). O registro dos objetores, conforme exigido pelo Ministério da Saúde italiano, fornece esses dados. As sociedades pro-

fissionais também poderiam recolher sistematicamente os dados por meio de pesquisas com os seus membros sobre suas práticas relacionadas à objeção de consciência ou tornando obrigatória a inclusão de referida auto-identificação em formulários padrão. As instituições acadêmicas ou outras organizações de pesquisa poderiam realizar estudos formais ou acrescentar perguntas sobre a recusa consciente de cuidado nas pesquisas gerais, de caráter continuado, com médicos.

Além da prevalência, existe uma série de perguntas fundamentais a serem feitas. São necessárias pesquisas adicionais sobre as motivações dos objetores para que se entenda melhor os outros motivos, que não a objeção de consciência, que podem levar à recusa de cuidado. Conforme indicam os estudos analisados, esses fatores podem incluir: o desejo de evitar o estigma e de evitar processos administrativos onerosos; a possibilidade de ganhar mais dinheiro prestando serviços na prática privada e não em centros de saúde pública; as lacunas de conhecimento na capacitação profissional; e, ainda, a falta de acesso aos suprimentos ou equipamentos necessários. Estudos qualitativos, sem dúvida, investigariam melhor tais complicadas motivações.

Qual é o impacto da recusa de prestar cuidados por razões relacionadas à consciência? Na seção a seguir, descreveremos sequências de eventos plausíveis do ponto de vista sistemático e biológico que se produzem quando procedimentos específicos de cuidados em saúde são negados. É preciso investigar se essas sequências de eventos de fato ocorrem e, em caso afirmativo, se têm consequências de saúde para mulheres e consequências práticas para outros profissionais de saúde e para o sistema de saúde como um todo. A pesquisa poderá esclarecer as experiências de mulheres a quem é negado cuidados em saúde – seu entendimento, seu acesso a alternativas seguras e não seguras de cuidado, sua resposta emocional, bem como as ações que se seguem à recusa. Pesquisas sobre os profissionais poderão explorar em mais detalhes as experiências daqueles que prestam serviços depois de outros terem se recusado. Cada uma dessas questões provavelmente terá respostas específicas de acordo com o contexto, portanto, a pesquisa deve ser realizada em diferentes cenários geopolíticos, desde que a natureza contextual dos resultados seja esclarecida.

Os médicos consideram a objeção de consciência problemática? Que tipos de restrição sobre o comportamento de profissionais os médicos consideram apropriados ou realistas? Quando promulgados, políticas ou regulamentos são implementados? Os que foram implementados atingiram os objetivos previstos de forma efetiva? Que mecanismos regulatórios são considerados razoáveis pelas mulheres? Elas consideram a recusa consciente de cuidados um obstáculo significativo ao acesso a serviços em

saúde reprodutiva? Uma melhor capacitação e currículos de ensino médico e de enfermagem atualizados quanto à saúde reprodutiva conseguem suprir a falta de competências clínicas que contribui à recusa de cuidados? Educação adicional poderia esclarecer quais serviços são permitidos por lei e sob quais circunstâncias e, assim, assegurar suficientemente os médicos para que prestem cuidados? Evidências empíricas são essenciais, já que diversos atores políticos tentam responder a essas preocupações conflitantes com políticas ou regulamentações.

3. Consequências da recusa de cuidados em saúde reprodutiva para as mulheres e os sistemas de saúde

Dividimos as possíveis implicações de recusa consciente de cuidados para pacientes e sistemas de saúde em cinco áreas da saúde reprodutiva – aborto e cuidados pós-aborto, tecnologias de reprodução assistida, contraceptivos, tratamento para risco à saúde materna e aborto inevitável, e diagnóstico pré-natal. Como não temos dados empíricos para explorar o impacto da recusa consciente de cuidados sobre pacientes e sistemas de saúde, construímos modelos lógicos que delineiam consequências plausíveis caso um componente específico de cuidado seja recusado. Fornecemos esquemas visuais para representar esses caminhos e utilizamos dados e exemplos de objeção de consciência em todo o mundo para fundamentá-los.

Tentamos isolar o impacto da objeção de consciência para cada um dos cinco componentes da saúde reprodutiva, apesar de reconhecermos as dificuldades de identificar as contribuições atribuíveis a outros obstáculos ao acesso. Entre esses, os recursos limitados, a infraestrutura inadequada, as falhas ao implementar políticas, as práticas socioculturais e a compreensão inadequada da legislação pertinente pelos profissionais de saúde e pelas pacientes.

Iniciamos a partir da premissa de que a recusa de cuidado leva a um número menor de profissionais de saúde que prestam serviços específicos, restringindo, assim, o acesso a esses serviços. Afirmamos que aqueles que continuam a prestar esses serviços controversos poderão enfrentar uma estigmatização e/ou ficar sobrecarregados. Especificamos os resultados de saúde plausíveis para pacientes, bem como as consequências da recusa para famílias, comunidades, sistemas de saúde e profissionais de saúde.

3.1. Recusa consciente de serviços relacionados ao aborto

A disponibilidade de serviços de aborto seguro e legal varia muito de acordo com o contexto. Quase todos os países do mundo permitem o aborto

legal em alguns casos (por exemplo, para salvar a vida da mulher, em casos de estupro e em casos de anomalia fetal grave). Alguns poucos países proibem o aborto em todas as circunstâncias. Embora alguns deles permitam o recurso à 'defesa da necessidade do direito penal' para autorizar abortos para salvar vidas, países como Chile, El Salvador, Malta e Nicarágua restringem até mesmo essa possibilidade. Há, ademais, outros países com leis restritivas que não são explícitas ou suficientemente claras com relação às circunstâncias em que o aborto é permitido.[63]

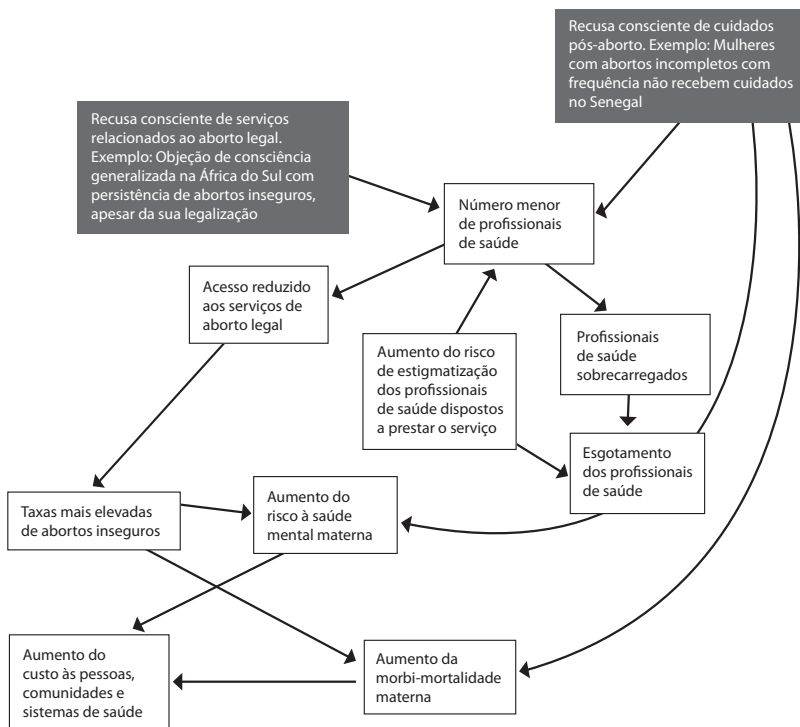
Em muitos países, principalmente em regiões de poucos recursos, o acesso é comprometido pela falta de recursos nos serviços de saúde, falta de informações sobre saúde, entendimento inadequado da lei e estigma social associado ao aborto.[64]

Existe prova substancial de que os países que oferecem maior acesso aos serviços de aborto seguro e legal apresentam taxas insignificantes de aborto inseguro.[65] Por outro lado, quase todos os abortos inseguros no mundo ocorrem em contextos legais restritivos. Quando o acesso aos serviços de aborto legal é restrito, as mulheres buscam os serviços em circunstâncias inseguras. Aproximadamente 21,6 milhões dos 46 milhões de abortos induzidos anualmente no mundo não são seguros, com quase todos (98%) ocorrendo em países de recursos limitados.[65,66] Em países de baixa renda, mais da metade dos abortos realizados (56%) não são realizados de forma segura, enquanto em países de alta renda são só 6%.[66] Quase um quarto (mais de 5 milhões) desses abortos resultam em complicações médicas graves que necessitam tratamento hospitalar;[67,68] 47.000 mulheres morrem todo ano devido a abortos realizados de forma não segura e mais um número desconhecido de mulheres sofrem complicações causadas por abortos realizados de forma não segura, porém não buscam ajuda.[68] Apesar da comunidade internacional de saúde ter tentado minimizar as elevadas taxas de morbi-mortalidade materna causadas por abortos inseguros, por meio de programas de cuidado pós-aborto,[56] a sua implementação e eficácia têm sido prejudicada pela objeção de consciência aos cuidados.[24,56,69]

Afirmamos que a recusa consciente de cuidados terá menos impacto na população em países com serviços disponíveis de aborto seguro e legal do que sobre aqueles onde o acesso é restrito. Mulheres que vivem em locais nos quais a realização de aborto seguro e legal está amplamente disponível e que vivenciam uma recusa pelo profissional de saúde terão mais chances de encontrar outros profissionais de saúde dispostos a oferecer serviços seguros e legais, que as mulheres que vivem em locais nos quais o aborto é extremamente restrito. Baseamos nosso modelo (Figura 1) nos seguintes exemplos: (1) na África do Sul, a objeção de consciência generalizada limita o número

de profissionais de saúde dispostos a realizar procedimentos e, assim, o acesso a serviços seguros, e o número de abortos inseguros realizados não reduziu desde a legalização do aborto em 1996;[70,71] (2) apesar do programa de cuidados pós-aborto no Senegal visar atenuar as graves consequências de abortos inseguros, a objeção de consciência é muitas vezes usada quando há suspeita do aborto ser induzido em vez de espontâneo (dados não publicados).[56]

Figura 1 – Consequências da Recusa de Prestar Serviços Relacionados ao Aborto



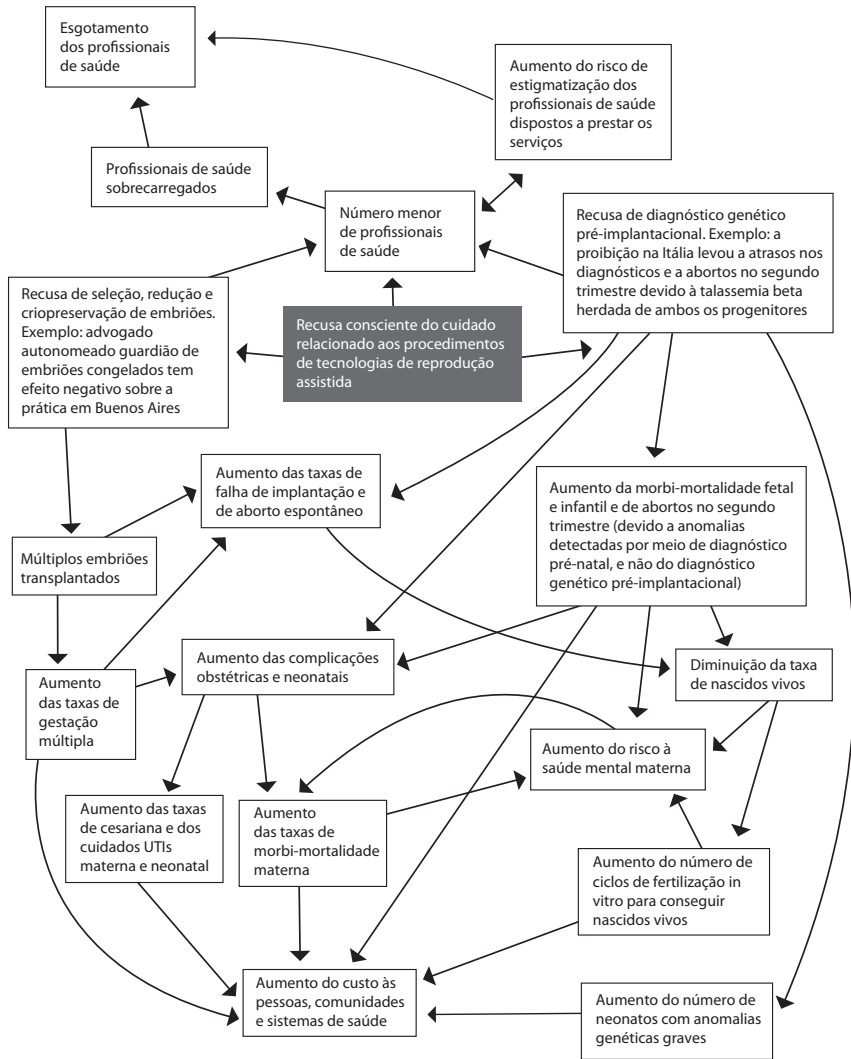
3.2. Recusa consciente dos procedimentos com uso de tecnologias de reprodução assistida

A infertilidade é um problema global de saúde pública que afeta aproximadamente 8% a 15% dos casais em todo o mundo[72,73] ou 50 a 80 milhões de pessoas[74]. Apesar da maioria desses casais afetados residir em países com poucos recursos,[72,73] o uso de tecnologias de reprodução assistida é muito maior em países com mais recursos.

O acesso às tecnologias de reprodução assistida varia de acordo com a situação socioeconômica e a localização geográfica entre e dentre os países. Em países com recursos, o custo do tratamento varia muito, dependendo do sistema de saúde e da disponibilidade de subsídio do governo. [75] Por exemplo, em 2006, o preço de um ciclo padrão de fertilização in vitro (FIV) variava de US\$3.956 no Japão a US\$12.513 nos Estados Unidos.[76] Após os subsídios do governo na Austrália, o custo da FIV custava em média 6% da renda disponível anual de um indivíduo; e 50% do custo era pago sem subsídio nos Estados Unidos.[77] Em países de baixa renda, apesar das altas taxas de infertilidade, há poucos recursos disponíveis de tecnologias de reprodução assistida, e os custos geralmente são proibitivos para a maioria da população. Como esses fatores econômicos e infraestruturais levam à falta de acesso às tecnologias de reprodução assistida em países de baixa renda, entendemos que a recusa consciente de cuidado não é um fator relevante a contribuir nesses países para o acesso limitado. Portanto, para o modelo (Figura 2), examinamos principalmente as consequências da objeção de consciência aos procedimentos de tecnologias de reprodução assistida em países de média e alta renda. Às vezes, as regulamentações e políticas relacionadas às tecnologias de reprodução assistida decorrem de preocupações com base empírica fundamentadas em evidências médicas sobre os resultados para a saúde das mulheres e seus filhos ou sobre as prioridades do sistema de saúde. Contudo, nosso foco é nos casos em que alguns médicos agem com base em crenças morais ou religiosas, mesmo que contrárias às melhores práticas da medicina. Em alguns países da América Latina, apesar da comprovação médica de que os resultados materno e fetal são acentuadamente maiores quando um número menor de embriões é implantado, a objeção à seleção/redução de embriões e à criopreservação promovidas pela Igreja Católica supostamente levou muitos médicos a evitá-las.[78] Relatos informais da Argentina descrevem que médicos que fazem uso de tecnologias de reprodução assistida evitam a criopreservação e a seleção/redução de embriões desde que um advogado e membro da Opus Dei se autodenominou o tutor legal de embriões criopreservados.[78,79] O único exemplo que ilustra as implicações da recusa de diagnóstico genético pré-implantacional refere-se a uma proibição legal, ao invés de uma recusa consciente de cuidados. Entretanto, o utilizamos para descrever as possíveis consequências quando esse cuidado é negado. Em 2004, a Itália aprovou uma lei proibindo tanto o diagnóstico genético pré-implantacional, quanto a criopreservação e a doação de gametas.[80] Essa proibição obrigou um casal, ambos portadores do gene da talassemia beta, a esperar

para que a mulher fosse submetida a amniocentese para, então, ter que realizar um aborto no segundo trimestre em vez de permitir que a anormalidade fosse detectada antes da implantação (Figura 2).[80]

Figura 2 – Consequências da Recusa de Procedimentos de Tecnologias de Reprodução Assistida

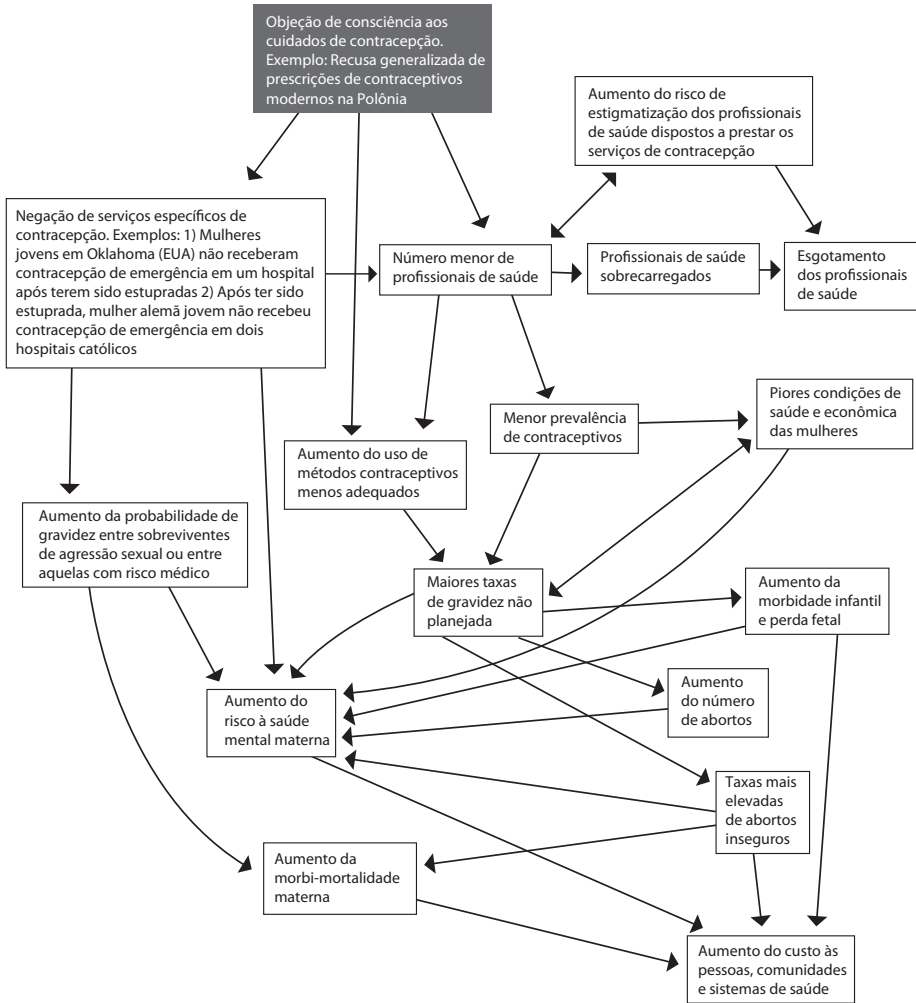


3.3. Recusa consciente de serviços de contracepção

A gama de métodos contraceptivos disponível varia de acordo com o local, assim como à prevalência de uso.[81] Em geral, o uso de contraceptivos está correlacionado ao nível de renda. Em 2011, 61,3% das mulheres com idades entre 15 e 49 anos, casadas ou em união estável, em países de média e alta renda, faziam uso de métodos modernos, em comparação a 25% das mulheres em países com menos recursos.[81,82] Dentro dos países, o acesso e o uso dos métodos também variam. Por exemplo, segundo o Inquérito Demográfico e Sanitário de 2003 do Quênia (um estudo transversal com uma amostra nacionalmente representativa), as mulheres no quintil mais rico apresentaram chances significativamente maiores de uso de métodos contraceptivos de longo prazo (dispositivos intrauterinos, esterilização e implantes) que as mulheres no quintil mais pobre.[82]

A situação jurídica de determinados métodos contraceptivos também varia de acordo com o local. Em Honduras, o Congresso aprovou um projeto de lei, ainda não promulgado, que proíbe a contracepção de emergência.[83] Mesmo onde a contracepção é legal, a falta de recursos básicos alocados por programas dos governos pode comprometer a disponibilidade de determinados métodos. Altos custos de fabricação ou preços altíssimos também podem reduzir o acesso aos métodos.[84] Em outros casos, profissionais de saúde, individualmente, optam por não fornecer contraceptivos a todas ou a determinados grupos de mulheres. Alguns profissionais de saúde se recusam a fornecer métodos específicos, como a contracepção de emergência ou a esterilização. Na Polônia, existe uma recusa generalizada quanto à prestação de serviços de contracepção (comunicação pessoal com J. Mishtal, abril de 2012). Em Oklahoma (EUA), uma vítima de estupro não recebeu contracepção de emergência de um médico[85] e, na Alemanha, uma vítima de estupro não recebeu contracepção de emergência em dois hospitais católicos visitados em 2012.[86] Na Figura 3, delineamos as possíveis implicações da recusa consciente dos serviços de contracepção.

Figura 3 – Consequências da Objeção de Consciência aos Serviços de Contraceção



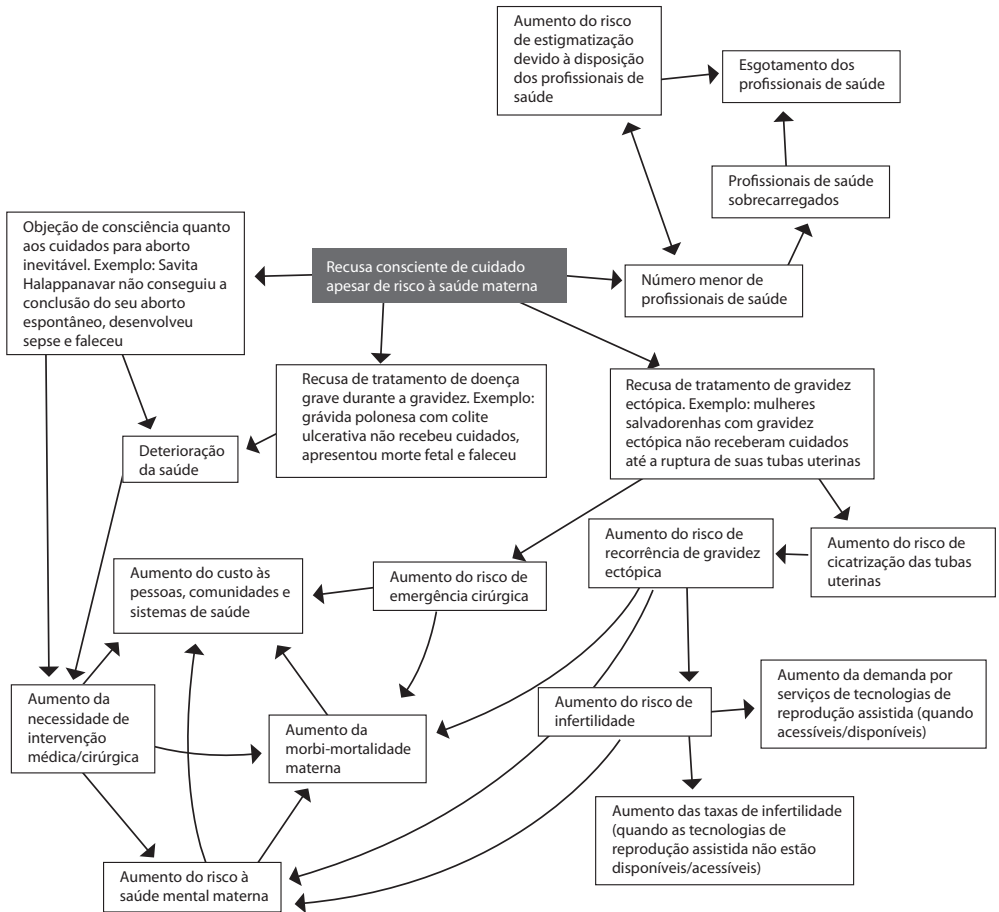
3.4. Recusa consciente de cuidados em casos de risco à saúde materna e aborto inevitável

Em algumas circunstâncias, a gravidez pode piorar uma doença grave da mãe ou a doença grave pode necessitar um tratamento perigoso ao feto. Nesses casos, as mulheres necessitam acesso a um tratamento que salve suas vidas, e que pode incluir aborto. No entanto, às mulheres têm sido negado tratamento adequado. Mulheres que buscam a conclusão de um

aborto inevitável devido à gravidez ectópica ou de um aborto espontâneo também não têm recebido os cuidados necessários.

Está fora do escopo deste *Relatório* definir todas as doenças que podem ser agravadas pela gravidez e colocar em risco a saúde da mulher grávida. Contudo, a incidência de gravidez ectópica varia de 1% a 16% [87-90] e entre 10% a 20% de todas as gestações clinicamente reconhecidas terminam em abortos espontâneos. [90] Normalmente, a recusa de cuidados em situações de risco à saúde materna ocorre em contextos de leis altamente restritivas contra o aborto. Citamos três casos em todo o mundo (Figura 4) para destacar esse fenômeno em nosso modelo. Na Irlanda, em 2012, Savita Halappanavar, 31, apresentou, no hospital Galway, ruptura prematura de membranas no segundo trimestre da gravidez. Ela não recebeu a conclusão do aborto espontâneo inevitável, desenvolveu sepse e, posteriormente, faleceu. [91] A filha de Z., uma jovem polonesa, foi diagnosticada com colite ulcerativa durante a gravidez. [92] O tratamento médico foi recusado repetidamente; os médicos afirmaram que não realizariam procedimentos ou exames que pudessem resultar em dano ao feto ou interrupção da gravidez. [92] Ela desenvolveu sepse, apresentou morte fetal e faleceu. O único exemplo que ilustra as implicações de recusa de tratamento em gravidez ectópica deriva de proibições legais, e não de um exemplo de objeção de consciência. Em El Salvador, a proibição total do aborto levou à recusa médica para tratar a gravidez ectópica; [93] na Nicarágua, a proibição do aborto resulta em atraso no tratamento de gravidez ectópica, apesar das leis e diretrizes médicas determinarem o contrário (Figura 4). [94]

Figura 4 – Consequências da Objeção de Consciência em Casos de Risco à Saúde Materna e Aborto Inevitável

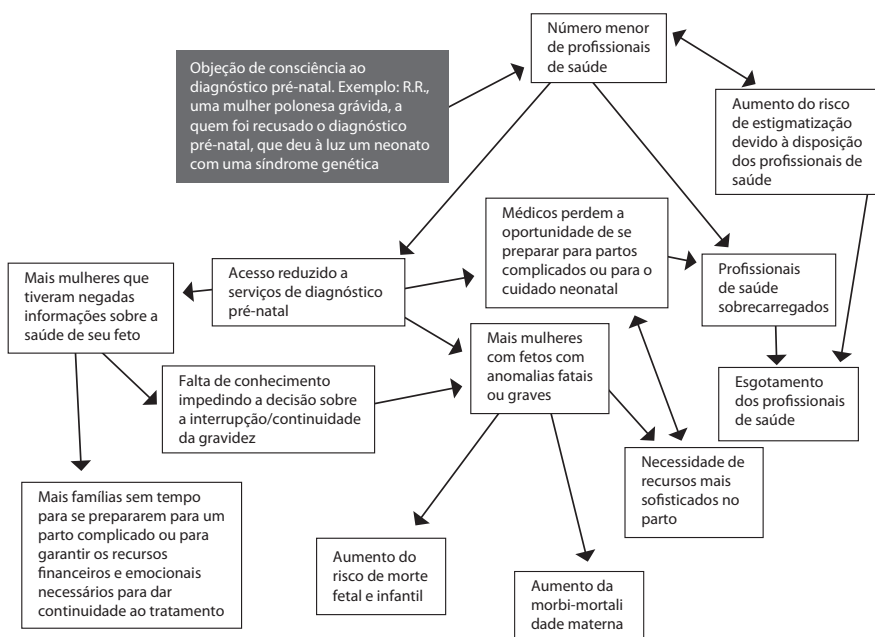


3.5. Recusa consciente ao Diagnóstico Pré-Natal

A disponibilidade do diagnóstico pré-natal varia muito de acordo com o local – aqueles que moram em países de média e alta renda têm acesso a testes para uma variedade de doenças genéticas e anomalias estruturais enquanto em países de baixa renda um número menor tem acesso a uma série mais limitada de testes. O acesso ao diagnóstico pré-natal fornece às mulheres informações para que elas possam tomar decisões e/ou se prepararem quando detectadas anomalias fetais graves ou letais. Os resultados dos neonatos afetados variam de acordo com o nível de recursos do país; o

diagnóstico pré-natal possibilita que os médicos determinem o nível de cuidado necessário durante o parto e no período neonatal. Com o diagnóstico pré-natal, as famílias têm tempo para garantir os recursos emocionais e financeiros necessários para o nascimento de uma criança com necessidades especiais. [95,96] Em locais onde existem poucos recursos disponíveis para o diagnóstico pré-natal, a objeção de consciência restringe ainda mais o acesso das mulheres a tais serviços. A Figura 5 mostra as formas e implicações da recusa consciente, pelos profissionais, dos serviços de diagnóstico pré-natal. Como grande parte dos dados sobre o acesso ao diagnóstico pré-natal provém de países de alta renda, é preciso projetar o que aconteceria em países de baixa renda. Utilizamos o exemplo de R.R., uma mulher polonesa a quem foram recusados repetidas vezes os testes de diagnóstico para avaliar a saúde de seu feto após detecção por ultrassom de higroma nucal (Figura 5). [97]

Figura 5 – Consequências da Recusa do Diagnóstico Pré-Natal



4. Respostas políticas para gerenciar a objeção de consciência aos cuidados em saúde reprodutiva

Neste trabalho, analisamos várias intervenções políticas relacionadas à recusa consciente de cuidados. Inicialmente, analisamos o contexto estabelecido pelas normas de direitos humanos ou órgãos de direitos humanos com base nos quais a liberdade de consciência está consagrada. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Comitê DESC), o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) e o Comitê de Direitos Humanos da ONU comentaram sobre a necessidade de equilibrar os direitos dos profissionais de saúde à consciência com os direitos das mulheres a ter acesso a serviços de saúde.[98-104] O Comitê CEDAW afirma que “a recusa, de um país, em fornecer serviços em saúde reprodutiva legalmente determinados às mulheres é considerado discriminação” e que, caso os profissionais de saúde se recusem a prestar serviços com base na objeção de consciência, “medidas devem ser adotadas para garantir que as mulheres sejam encaminhadas a outros profissionais de saúde”. [99] O Comitê DESC, por sua vez, solicitou que o governo da Polônia adotasse medidas para garantir que as mulheres gozem de seus direitos a saúde sexual e reprodutiva, inclusive “fazendo valer a legislação sobre aborto e implementando um mecanismo de encaminhamento oportuno e sistemático em casos de objeção de consciência”. [104]

As comunidades médicas e de saúde pública internacionais, incluindo a FIGO, em suas Diretrizes Éticas sobre Objeção de Consciência (2005), [9] e a Organização Mundial da Saúde, em suas Diretrizes de Aborto Seguro (2012), [105] concordaram sobre os princípios relacionados à gestão da objeção de consciência para prestação de cuidados em saúde reprodutiva. Embora não sejam juridicamente vinculantes, essas recomendações estabelecem padrões de cuidado profissionais, que incluem:

- Os profissionais de saúde têm direito à objeção de consciência e de não sofrerem discriminação com base em suas convicções.
- O principal dever de consciência dos profissionais de saúde é tratar ou proporcionar benefícios e evitar prejuízos aos pacientes; a objeção de consciência é secundária em relação a esse dever primário.

Além disso, as seguintes ressalvas devem ser levadas em consideração para garantir o acesso aos serviços sem discriminação ou atrasos indevidos:

- Os profissionais de saúde têm o dever profissional de seguir definições sobre serviços em saúde reprodutiva estabelecidas científica e profissionalmente e de não as deturpar com base em suas convicções pessoais.

- Os pacientes têm direito de serem encaminhados a profissionais de saúde que não se oponham aos procedimentos médicos indicados para seu tratamento.
- Os profissionais de saúde devem oferecer aos pacientes o acesso oportuno aos serviços médicos e fornecer informações sobre as opções de tratamento médico indicadas, inclusive os procedimentos a que façam objeção de consciência.
- Os profissionais de saúde devem prestar cuidado oportuno a seus pacientes quando não for possível indicá-los a outros profissionais e o atraso puder prejudicar a saúde dos pacientes.
- Em situações de emergência, os profissionais de saúde devem prestar o cuidado médico indicado, independentemente de suas próprias objeções pessoais.

Essas declarações amparam ambos os lados: o direito dos pacientes de terem acesso aos cuidados médicos adequados e o direito dos profissionais de saúde apresentarem objeção de consciência à prestação de procedimentos específicos de cuidado. Além disso, destacam as obrigações dos profissionais de saúde de garantirem o acesso oportuno aos cuidados por meio da oferta de informações precisas, do encaminhamento e do atendimento de emergência. Em nível transnacional, os documentos de consenso de direitos humanos afirmaram que as instituições e os indivíduos estão vinculados da mesma forma às obrigações de atuar de acordo com os princípios básicos que sustentam a prática da medicina, como às obrigações de fornecer aos pacientes informações precisas, prestar cuidados que estejam em conformidade com os mais altos padrões de qualidade possíveis e prestar cuidados em situações de emergência.

Em nível nacional, contudo, não há acordo se as instituições podem alegar o *status* de objetor. Por exemplo: Espanha,[106] Colômbia,[107] e África do Sul[108] têm leis declarando que a objeção de consciência para realizar abortos é sempre uma decisão individual, e não institucional. Por outro lado, a lei argentina[109,110] permite a objeção de consciência por instituições particulares, exigindo que elas se registrem como objetoras de consciência junto às autoridades de saúde locais. No Uruguai, o Código de Ética não exige que a instituição que emprega um objetor de consciência preste serviços de encaminhamento, apesar de um projeto de lei recém-proposto o exigir.[111,112] Nos Estados Unidos, a questão dos direitos e obrigações institucionais é debatida de modo acalorado e a situação não está resolvida. Atualmente, uma lei federal proíbe agências que recebem verbas federais de discriminar qualquer entidade do setor de saúde que se recuse a realizar abortos.[113] Outra lei federal exige, ainda, que as insti-

tuições que prestem serviços para pessoas de baixa renda mantenham uma rede adequada de profissionais de saúde e garantam que as pessoas utilizem os serviços sem custo adicional.[114]

Órgãos de direitos humanos, governos, tribunais e associações de profissionais de saúde internacionais e regionais desenvolveram várias respostas para lidar com a recusa consciente de cuidados. Essas respostas diferem no que diz respeito a quais direitos protegem: o direito de uma mulher de ter acesso aos serviços ou o direito de um profissional de saúde de objetar por razões de consciência. Elas também podem ter diferentes ênfases ou metas. Algumas focam na garantia de uma quantidade adequada de profissionais de saúde para um determinado serviço; outras concentram-se na garantia de que as mulheres recebam encaminhamentos oportunos a médicos não objetores; por fim, algumas visam estabelecer critérios para definição do objetor de consciência. Por exemplo, a Noruega estabeleceu uma estrutura regulatória e de supervisão abrangente a respeito da objeção de consciência ao aborto, que inclui garantir a disponibilidade de profissionais de saúde.[33,115] Na Colômbia, o Tribunal Constitucional afirmou que a objeção de consciência deve ser fundamentada na verdadeira convicção religiosa e não em uma opinião pessoal de “retidão”.[116]

Algumas dessas respostas são juridicamente vinculantes em relação às disposições constitucionais, legislação ou jurisprudência nacionais. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, cujos acórdãos são juridicamente vinculantes com relação aos países membros da União Europeia, estabeleceu a obrigação dos Estados de organizar a prática da objeção de consciência a cuidados para garantir que as pacientes tenham acesso aos serviços, especificamente com relação ao aborto.[97] As associações profissionais e de empregadores desenvolveram outras intervenções, incluindo exigências trabalhistas e recomendações não vinculantes. Na Alemanha, por exemplo, uma decisão do Supremo Tribunal Administrativo da Baviera,[117] mantida pelo Tribunal Administrativo Federal,[118] determinou que um município tinha a permissão para incluir a capacidade e a disposição para realizar abortos como um critério de admissão no trabalho. Na Noruega, os empregadores podem se recusar a contratar objetores e os anúncios de emprego podem exigir a realização de aborto como uma condição para a contratação.[112] Na Suécia, Bulgária, República Tcheca, Finlândia e Islândia, os profissionais de saúde não são legalmente autorizados a fazerem uso de objeção de consciência na prestação de serviços de aborto.[38] Alguns exigem encaminhamento a profissionais de saúde não objetores. Por exemplo, no caso recente de *P. e S. vs. Polônia*, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos enfatizou a necessidade dos encaminhamentos serem feitos por escrito e incluídos nos prontuários

médicos das pacientes.[119] Na Argentina[110] e na França,[120] a legislação exige que os médicos que fazem uso da objeção de consciência encaminhem suas pacientes a médicos não objetores. Existem leis semelhantes no estado de Vitória na Austrália,[121] na Colômbia, [116,122,123] na Itália[124] e na Noruega.[115] As associações profissionais e médicas em todo o mundo recomendaram que os objetores encaminhassem as pacientes a colegas não objetores. O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia nos Estados Unidos[125] e El Sindicato Medico no Uruguai[126] recomendaram que os objetores encaminhassem as pacientes a outros médicos. A Associação Médica Britânica especifica que os médicos não podem negar orientação ou realização de etapas preparatórias (inclusive encaminhamento) quando o pedido de aborto atender às exigências legais.[127] A Associação Médica Mundial afirma que, caso um médico se recuse a prestar um determinado serviço com base em sua consciência, somente poderá fazê-lo após certificar-se da continuidade do cuidado médico por um colega qualificado.[128] A FIGO determina que as pacientes têm direito a encaminhamento para médicos que não façam objeção.[9]

As associações de farmacêuticos nos Estados Unidos e no Reino Unido fizeram recomendações semelhantes. A Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde afirma que os farmacêuticos e outros empregados de farmácias têm o direito de não participar das terapias que considerarem moralmente questionáveis, porém eles devem fazer os encaminhamentos de forma objetiva;[129] as orientações da Associação Médica dos Estados Unidos afirmam que as pacientes têm o direito de receber um encaminhamento imediato a outra farmácia caso um farmacêutico faça uso da objeção de consciência.[130] No Reino Unido, os farmacêuticos também devem saber as formas de encaminhamento a outro profissional capacitado em um período adequado.[131]

Algumas jurisdições obrigam o registro de objetores ou exigem que estes forneçam uma notificação prévia por escrito aos empregadores ou órgãos governamentais. Na Espanha, por exemplo, a lei exige que a objeção de consciência seja expressa com antecedência e por escrito à instituição de saúde e ao governo.[106] A lei italiana também exige que funcionários do setor de saúde declarem sua objeção de consciência ao aborto ao diretor médico do hospital ou casa de repouso em que estejam empregados e ao diretor médico da província no máximo um mês após a data de contratação.[124] O estado de Vitória, na Austrália,[118] a Colômbia,[123] a Noruega,[115] Madagascar[132] e a Argentina[109] têm leis semelhantes. Na Noruega, o chefe administrativo de uma instituição de saúde deve informar à prefeitura do condado a quantidade de diferentes categorias de funcionários do setor

de saúde liberados por objeção de consciência.[115] A lei argentina[109] permite a objeção por instituições particulares, exigindo que essas instituições se registrem como objetores de consciência junto às autoridades de saúde locais e garantam o cuidado ao encaminhar mulheres para outros centros. A lei argentina também estabelece que um objetor individual não pode prestar serviços em um centro de saúde particular que ele se oponha a prestar no sistema público de saúde.[110] A regulamentação no Canadá exige que farmacêuticos garantam que seus empregadores saibam de seu *status* de objetor de consciência e disponibilizem antecipadamente o acesso a uma fonte alternativa de tratamento, remédio ou procedimento.[133] O Código de Ética de enfermeiros na Austrália também exige a divulgação a empregadores.[134] Na Irlanda do Norte, um documento de orientação do Departamento de Saúde, Serviços Sociais e Segurança Pública estabelece que um profissional de saúde objetor “deve ter acordos com colegas profissionais de saúde, outros consultórios médicos ou instituições do Sistema Nacional de Saúde [*Health Social Care Trust*] do país a quem possa encaminhar uma mulher” para aconselhamento ou avaliação para interrupção da gravidez.[135]

Outras medidas exigem a divulgação às pacientes sobre o *status* dos profissionais como objetores. Por exemplo, a lei no estado de Vitória, na Austrália, exige que os objetores informem a mulher e a encaminhem para um profissional de saúde disposto a prestar o serviço.[121] Na Argentina, o Guia Técnico para o Atendimento dos Abortos Legais de 2010[109] exige que todas as mulheres sejam informadas na primeira consulta sobre a objeção de consciência da equipe médica, seja de tratamento e/ou de assistência. As diretrizes médicas éticas de Portugal incentivam os médicos a comunicarem sua objeção de consciência às pacientes.[136]

O direito de receber informações sobre cuidados em saúde, incluindo as de saúde reprodutiva, é consagrado na lei internacional. Por exemplo, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos determinou que a recusa de serviços essenciais para a tomada de uma decisão informada quanto ao aborto pode constituir uma violação do direito de não ser submetido a tratamento desumano e degradante.[97] Em nível nacional, as leis passaram a exigir a divulgação de informações de saúde aos pacientes. Por exemplo, de acordo com a lei de aborto da África do Sul, os profissionais de saúde, inclusive os objetores, devem garantir que as mulheres grávidas estejam cientes de seus direitos legais ao aborto.[108] Na Espanha, as mulheres têm direito de receber informações sobre a gravidez (incluindo resultados de exames pré-natal) de todos os profissionais de saúde, inclusive dos registrados como objetores.[106] No Reino Unido, os objetores são juridicamente obrigados a divulgarem seus *status* de objetores de consciência às pacientes, a infor-

má-las sobre o direito de consultar outro médico e a fornecer informações suficientes para garantir que exerçam esse direito.[137-139]

As diretrizes profissionais também abordaram a divulgação de informações de saúde. Na Argentina, quaisquer táticas de adiamento de serviços, fornecimento de informações falsas ou relutância por parte dos profissionais e autoridades de saúde de hospitais em realizar determinado tratamento estão sujeitas a ações administrativas, civis e/ou criminais.[109] A FIGO, por sua vez, afirma que a responsabilidade ética dos ginecologistas e obstetras de evitarem o dano exige que forneçam às pacientes acesso oportuno aos serviços médicos, inclusive às informações sobre as opções médicas indicadas para seus cuidados.[9]

Algumas dessas diretrizes exigem a prestação de serviços em casos de emergência. Por exemplo, as legislações em Vitória, na Austrália,[121] na Cidade do México,[140] Eslovênia[141] e Reino Unido[138] estipulam que os médicos não poderão se recusar a prestar serviços em casos de emergência e quando for necessária uma interrupção urgente de gravidez. A jurisprudência dos Estados Unidos determinou que um hospital privado com uma tradição de prestar cuidados de emergência ainda era obrigado a tratar qualquer pessoa mesmo após sua incorporação a uma instituição Católica. Isso estabeleceu o padrão para a continuidade de acesso após a fusão de dois hospitais com filosofias conflitantes.[142] Além disso, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia insta os clínicos gerais a prestarem cuidados médicos indicados em todas as situações de emergência.[125] Na Argentina, as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde estipulam que no caso de objeção de consciência as instituições devem realizar a interrupção da gravidez por meio de outro prestador em até cinco dias ou imediatamente, se a situação for urgente.[109] No Reino Unido, as normas médicas também proíbem a recusa consciente de cuidado de enfermeiros e parteiras em casos de emergência.[143]

Outras medidas abordam a necessidade da prestação de serviços quando o encaminhamento a um profissional de saúde não é possível. Na Noruega, por exemplo, um médico não está legalmente autorizado a recusar cuidados, a menos que a paciente tenha acesso razoável a outro.[115] A FIGO recomenda que “os médicos devem prestar cuidado oportuno a suas pacientes quando o encaminhamento para outros profissionais de saúde não for possível e o atraso puder prejudicar a sua saúde e o seu bem-estar, como nos casos de pacientes com gravidez indesejada”.[9]

Algumas intervenções obrigam o Estado a garantir os serviços. Na Colômbia, por exemplo, o sistema de saúde é responsável por disponibilizar um número adequado de profissionais de saúde, e as instituições devem pres-

tar serviços mesmo se os indivíduos forem objetores de consciência.[107] A lei sobre esterilização e vasectomia voluntárias na Argentina obriga os centros de saúde a garantirem a disponibilidade imediata de serviços alternativos quando um profissional de saúde objetar.[144] Na Espanha, o governo pagará pelo transporte para uma instituição de saúde pública alternativa disposta a prestar o serviço.[106] A lei italiana exige que as instituições de saúde garantam que as mulheres tenham acesso ao aborto; entidades regionais de saúde são obrigadas a supervisionar e garantir esse acesso, que poderá incluir a transferência de funcionários do setor de saúde.[125] Na Cidade do México, o código de saúde pública foi alterado para reforçar o dever das unidades de saúde tornarem o aborto acessível, incluindo suas responsabilidades de limitar o escopo da objeção de consciência.[140]

Algumas medidas especificam quais profissionais de saúde se qualificam para recusar e quando podem fazê-lo. No Reino Unido, por exemplo, o pessoal auxiliar não tem direito a fazer uso da objeção de consciência.[145,146] Segundo as orientações da Associação de Médicos Britânicos, a recusa em participar de documentos ou da administração de procedimentos de aborto encontra-se fora dos termos da cláusula de objeção de consciência.[127] Na Espanha, apenas os profissionais da saúde diretamente envolvidos na interrupção da gravidez têm o direito de fazer uso da objeção de consciência, e ainda assim devem fornecer os cuidados às mulheres antes e depois da

Tabela 1 – Benefícios e limitações das intervenções políticas

Opção	Necessidades do sistema de saúde	Acesso oportuno ao cuidado	Equilibrando direitos e obrigações
Encaminhamento a profissionais de saúde dispostos e acessíveis	Permite ao sistema se planejar para prestar o serviço	Acelera o acesso dos pacientes aos serviços	Mantém os direitos dos pacientes às informações de saúde; obrigações dos profissionais de saúde de fornecerem informações e tornarem a recusa transparente; consciência individual
Registro de objetores/notificação por escrito a empregadores	Informa sobre a prevalência de objeção, permitindo que o sistema se planeje para a prestação do serviço	Permite mais acessos oportunos aos cuidados por mulheres que podem evitar a busca por atenção médica de objetores conhecidos	Reconhece o direito à objeção do profissional de saúde e informa os pacientes. A exigência de documentação formal reconhece a participação e o reconhecimento do sistema de saúde acerca da objeção
Exigência de divulgação do <i>status</i> de objetor às pacientes	Permite às mulheres evitarem consultas improdutivas com objetores e atrasos no cuidado, promovendo um melhor funcionamento do sistema	As mulheres consultam direto um profissional de saúde disposto a prestar o serviço	Reconhece o direito à objeção do profissional de saúde e mantém os direitos da paciente à autonomia e a informações de saúde

interrupção da gravidez.[106] Da mesma forma, na Itália, os médicos são obrigados por lei a auxiliar antes e depois de um procedimento de aborto, mesmo se optarem não fazer parte do procedimento em si.[124] Além disso, as orientações médicas na Argentina incentivam os médicos a auxiliar antes e depois os procedimentos de aborto legal, mesmo se fizerem uso da objeção de consciência na participação do procedimento em si.[109] Durante o governo de Bush, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos estendeu as “proteções de consciência” regulatórias a qualquer indivíduo participando, ainda que de forma periférica, de um serviço de saúde. [147] Essa regulamentação foi fortemente contestada e anulada quase que totalmente em fevereiro de 2011.[148,149]

Na Tabela 1 (abaixo), apresentamos alguns benefícios e limitações das respostas políticas à objeção de consciência para fornecer a atores variados uma ampla gama de possibilidades. Como são desenvolvidos critérios para a recusa consciente, é fundamental abordar as questões de quem é elegível à objeção e à prestação de quais serviços. Acrescentamos as categorias “dados” e “padronização” como parâmetros na tabela, em reconhecimento às poucas evidências disponíveis à incapacidade resultante de avaliar metodicamente o escopo e a eficácia das intervenções. A seleção das várias opções listadas abaixo será influenciada pelo contexto sócio, político e econômico específico.

Desenvolvendo critérios de recusa	Padronização	Necessidades de dados
Estabelece obrigações para os que se declaram objetores e reconhece a legitimidade da objeção	Políticas e procedimentos de divulgação e encaminhamento padronizados em todo o sistema de saúde	Fornece dados indiretos sobre pacientes que enfrentam a recusa
Delineia as instâncias específicas em que e por quem a objeção é permitida; a notificação formal de empregadores torna os critérios de designação como objetor explícitos	Garante que as exigências para designação como objetor sejam padronizadas em todo o sistema de saúde	Os registros fornecem dados de prevalência por tipo de profissional de saúde, bem como o cuidado específico que é recusado
Define as obrigações do objetor	Padroniza as informações fornecidas às pacientes	N/D

Opção	Necessidades do sistema de saúde	Acesso oportuno ao cuidado	Equilibrando direitos e obrigações
Exigência de prestar informações às pacientes sobre as opções de saúde disponíveis	Pacientes informadas têm melhores condições para tomar decisões e encontrar os serviços de que precisam	Facilita o acesso de pacientes ao cuidado adequado	Reafirma os direitos de pacientes a informações de saúde; enfatiza as obrigações dos profissionais de saúde de fornecerem informações precisas sobre as opções disponíveis; afirma o compromisso do sistema de saúde com a ciência e os direitos das pacientes
Prestação de serviços obrigatória em situações de emergência ou quando não houver alternativas	Facilita o planejamento da prestação de serviços de cuidados emergenciais, bem como de políticas, procedimentos e supervisão relacionados; garante que as sequelas médicas resultantes da recusa ou atraso na prestação do serviço médico sejam minimizadas	Fornecer cuidados fundamentais de forma tempestiva	Obrigações do profissional de saúde de atuar segundo os melhores interesses dos pacientes e de prestar cuidados adequados têm prioridade sobre o direito do médico de objetar
Disposição e competência para a prestação de serviços como critérios para a contratação	Destaca as necessidades dos empregadores de garantir um número suficiente de profissionais de saúde para atender à demanda por serviços específicos	A competência e disposição das equipes possibilita o acesso imediato e oportuno aos cuidados adequados	A necessidade dos sistemas de saúde de empregar profissionais de saúde competentes e dispostos para atender às necessidades de saúde da comunidade prevalece sobre os direitos dos profissionais de saúde à objeção; os profissionais de saúde estão livres para aderir à consciência escolhendo outro emprego
Certificação médica subordinada à competência em serviços específicos	Melhora o planejamento da prestação de serviços no sistema de saúde ao garantir que os profissionais de saúde sejam competentes nos serviços necessários	A disponibilidade de profissionais de saúde facilita o acesso oportuno ao cuidado	Estabelece que os objetores têm direito de escolher outras especialidades, porém não de recusar procedimentos essenciais de uma especialidade; garante os direitos das pacientes receberem serviços adequados de profissionais de saúde designados como especialistas; define e garante os padrões profissionais
Diretrizes das sociedades médicas delineando padrões esperados de cuidado	Recomenda que a prioridade seja da paciente receber o cuidado e também no sentido de prevenir a escassez de profissionais de saúde dispostos e qualificados; as diretrizes poderão não ter mecanismos de implementação	Recomenda políticas e procedimentos para garantir o acesso oportuno a cuidados, porém poderá não possuir força suficiente	Descreve os direitos e as obrigações dos profissionais de saúde e os direitos das pacientes

Desenvolvendo critérios de recusa	Padronização	Necessidades de dados
Limita o escopo da objeção especificando o cuidado que os indivíduos devem prestar	Padroniza as informações às pacientes sobre a gama de serviços disponíveis no sistema de saúde	N/D
Estabelece limites ao escopo da recusa para proteger as pacientes em situações de emergência	Garante que os objetores assumam obrigações contratuais de prestar cuidados essenciais e/ou vitais	Contribui para a capacidade de acompanhar casos urgentes e planejar as necessidades de prestação de serviços
Limita a objeção, pois somente os profissionais dispostos e treinados são elegíveis para contratação	Padroniza essas exigências para vagas de emprego em todo o sistema de saúde	Monitora o número de candidatos competentes e dispostos à procura de emprego
Esclarece que os objetores especialistas devem ser treinados e estarem prontos para prestar cuidado em situações de emergência ou quando outras opções não estiverem disponíveis	A certificação de especialidade garante o domínio de uma série de habilidades e o cumprimento das obrigações explícitas	Monitora o número de profissionais de saúde certificados e, portanto, competentes, facilitando, assim, o planejamento
Sugere critérios para a designação como objetor e obrigações relacionadas	Estabelece padrões de cuidado	N/D

5. Conclusão

A recusa em prestar determinados cuidados em saúde reprodutiva devido à objeção moral ou religiosa está muito difundida e parece aumentar em todo o mundo. Tendo em vista que a falta de acesso a cuidados em saúde reprodutiva gera resultados adversos e desigualdades de saúde, a redução ainda maior do acesso pela exaustão dos médicos constitui um grave problema de saúde e de direitos humanos. As limitadas evidências disponíveis indicam que a objeção de consciência ocorre menos quando a lei, o discurso público, os costumes dos profissionais e a experiência clínica normalizam a prestação da ampla gama de serviços de cuidados em saúde reprodutiva e promovem a autonomia das mulheres. Apesar dos dados sobre a prevalência da recusa consciente de cuidados e sobre as consequências para a saúde das mulheres e para o funcionamento do sistema de saúde serem inadequados, eles indicam: que a recusa está desigualmente distribuída; que ela pode ter um impacto maior nas partes do mundo com piores condições de responder à crescente escassez de pessoal; e, ainda, que ela também afeta mulheres em circunstâncias mais privilegiadas.

Este *Relatório* expôs os dados disponíveis e apresentou perguntas de pesquisa para a futura gestão da recusa consciente de cuidados. Ele descreve as cadeias lógicas de consequências quando a recusa compromete o acesso a cuidados específicos em saúde reprodutiva e categoriza os esforços para equilibrar as reivindicações dos objetores tanto com as daqueles que buscam serviços médicos, quanto com as dos sistemas de saúde obrigados a prestar esses serviços. Destacamos as reivindicações daqueles cuja consciência os força a prestar esses serviços, apesar das dificuldades. Como nossa ênfase é na medicina e na ciência, concluímos considerando propostas para os profissionais de saúde e sociedades de saúde pública desenvolverem e implementarem políticas para administrar a objeção de consciência.

Uma recomendação é padronizar uma definição da prática e desenvolver critérios de elegibilidade para o *status* de objetor. Essa designação teria obrigações anexas, como a divulgação para os empregadores e pacientes e os deveres de encaminhar, transmitir informações precisas e prestar cuidados urgentes. É importante salientar que as opiniões das organizações profissionais podem defender a conformidade com os padrões de qualidade do cuidado como o compromisso profissional prioritário dos médicos com as pacientes, eliminando, assim, a recusa consciente como uma opção para o cuidado de gravidez ectópica, aborto inevitável, estupro e doença materna. Em resumo, as organizações profissionais médicas e de saúde pública podem estabelecer um padrão mínimo de cuidado para a objeção de

consciência, pelo qual os profissionais de saúde poderiam ser responsabilizados tanto pelos pacientes e sociedades médicas, quanto pelos sistemas jurídico e de saúde.

Há possibilidades adicionais para organizações profissionais explorarem a defesa de padrões mínimos de qualidade. Conselhos de especialidades clínicas podem condicionar a certificação mediante demonstração de competência em serviços específicos. Professores podem garantir que residentes e membros associados dos conselhos sejam educados acerca de leis e protocolos/procedimentos clínicos relevantes. Os sistemas de saúde podem considerar a disposição em prestar serviços necessários e a competência como critérios para a contratação - esses últimos critérios são especialmente importantes porque nos fazem deslocar o assunto do enfoque individual para o das obrigações profissionais e do sistema de saúde.

Sabemos que essas questões não são simples, nem unilaterais. A consciência e a integridade são de suma importância para os indivíduos. As sociedades têm a complicada tarefa de honrar os direitos dos dissidentes ao mesmo tempo em que limitam seu impacto sobre outros indivíduos e comunidades. Apesar de a objeção de consciência ser apenas um dos muitos obstáculos à saúde reprodutiva, trata-se de um que as sociedades médicas estão bem posicionadas para abordar, uma vez que profissionais de saúde estão no centro das preocupações de saúde e direitos. Eles são os únicos que têm que cuidar simultaneamente de sua própria consciência e de suas obrigações não só perante a saúde e os direitos das pacientes, mas também face aos mais altos padrões de qualidade de cuidado com base em evidências científicas. Este *Relatório* elucidou as implicações relativas à saúde e aos direitos da mulher, os sistemas de saúde, e os profissionais de saúde que são objetores ou comprometidos. Assim, oferece aos profissionais de saúde e às suas organizações profissionais uma ferramenta para contribuir com uma opinião médica consistente, que complemente a dos advogados, dos especialistas em ética e outros. Encorajamos as sociedades médicas e de saúde pública a tomarem a liderança na elaboração de políticas para equilibrar esses interesses conflitantes e salvaguardar a saúde reprodutiva, a integridade médica e as vidas das mulheres.

Agradecimentos

À Ford Foundation e a um doador anônimo, que apoiaram essa publicação. Agradecemos a todos os financiadores da Global Doctors for Choice que tornaram o projeto possível.

Conflito de interesses

As autoras declaram não ter conflitos de interesses.

Referências

- [1] Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado em 16 de dezembro de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), ROAG ONU, 21ª Sess., Sup. n.º 16, p. 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 ST ONU 171 (entrou em vigor em 23 de março de 1976).
- [2] Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), adotada em 18 de dezembro de 1979, Res. A.G. 34/180, ROAG ONU, 34ª Sess., Sup. n.º 46, p. 193, Doc. ONU A/34/46 (entrou em vigor em 3 de setembro de 1981).
- [3] Organização dos Estados Americanos. Convenção Americana de Direitos Humanos, “Pacto de São José”, Costa Rica. 22 de novembro de 1969. <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36510.html>. Acesso em 10 de fevereiro de 2013.
- [4] Conselho da Europa. Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, e alterações posteriores pelos Protocolos n.º 11 e 14. 4 de novembro de 1950, ETS 5. <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b3b04.html>. Acesso em 10 de fevereiro de 2013.
- [5] Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) da ONU. Observação geral n.º 14: O Direito ao Mais Alto Padrão de Saúde Possível (art. 12 do Pacto). 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4. <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Acesso em 7 de maio de 2013.
- [6] L.C. vs. Peru, Comunicação n.º 1153/2003, Comitê de Direitos Humanos, § 6.3, Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) da ONU.
- [7] Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África, adotado em 11 de julho de 2003, 2ª Reunião da União Africana, Maputo, Moçambique (entrou em vigor em 2005).
- [8] Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque – Princípios Éticos para Investigação Médica Envolvendo Seres Humanos. Adotada em 1964. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [9] Comitê da FIGO sobre os Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde da Mulher. Diretrizes éticas de objeção de consciência. Comitê da FIGO sobre os Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde da Mulher. *Int J Gynecol Obstet* 2006;92(3):333–4.
- [10] Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG). Parecer do Comitê do ACOG, Comitê de Ética. Os Limites da Recusa Consciente de Cuidados em Saúde Reprodutiva. Número 385, novembro de 2007 (reafirmado em 2010). <http://www.acog.org/Resources%20And%20Publications/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Ethics/The%20Limits%20of%20Conscientious%20Refusal%20in%20Reproductive%20Medicine.aspx>. Acesso em 22 de março de 2013.
- [11] González Vélez, AC. Recusa de cuidados devido à objeção de consciência. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. Global Doctors for Choice/Colômbia 2012. <http://global-doctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Negaci%C3%B3n-de-serviciospor-razones-de-conciencia.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2013.
- [12] Royal College of Nursing, Austrália. Declaração de Posição. Objeção de Consciência. http://www.rcna.org.au/wcm/RCNA/Policy/Position_statements/rcna/policy/position_statements_guidelines_and_communiques.aspx. Acesso em 22 de março de 2013.
- [13] Green JM. Visões de obstetras sobre o diagnóstico pré-natal e a interrupção da gravidez: 1980 em relação a 1993. *British J Obstet Gynaecol* 1995;102(3):228–32.

- [14] Zampas C, Andion-Ibaniez X. Objeção de consciência aos serviços de saúde reprodutiva e sexual: normas dos direitos humanos internacionais e lei e prática europeus. *Eur J Health Law* 2012;19:231-56.
- [15] Dodani S, LaPorte R. Fuga de cérebros de países em desenvolvimento: como a fuga de cérebros pode ser convertida em ganho de conhecimento? *J R Soc Med* 2005;98(11):487-491.
- [16] Departamento de Regulamentos de Defesa dos Estados Unidos. Diretiva DOD 1300.6: Objeto de Consciência. Publicado em 31 de maio de 2007. <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/130006p.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2013.
- [17] Faundes A, Duarte GA, Neto JA, de Sousa MH. Quanto mais perto, melhor se entende: a reação de ginecologistas e obstetras à gravidez indesejada. *RHM* 2004;12(24 Supl):47-56.
- [18] Mishtal J. Contradições da democratização: a política dos direitos reprodutivos e políticas na Plônia pós-socialista. Dissertação apresentada à Faculdade de Graduação da Universidade de Colorado em cumprimento parcial da exigência para o título de Doutor em Filosofia. Departamento de Antropologia, 2006. http://federa.org.pl/dokumenty_pdf/prawareprodukcyjne/Mishtal%20dissertation.pdf. Acesso em 17 de junho de 2013.
- [19] De Zordo S, Mishtal J. Médicos e aborto: Prestação, participação política e conflitos de fundamentos – Os casos de Brasil e Polônia. *Women's Health* Edição 2011;21(Supl 3):S32-6.
- [20] MergerWatch. Restrições religiosas: Recusas de Prestação de Cuidados. <http://www.mergerwatch.org/refusals/>. Acesso em 17 de agosto de 2012.
- [21] Shelton DL. Chicago Tribune News. Appeals court sides with pharmacists in emergency contraceptives care. http://articles.chicagotribune.com/2012-09-22/news/ctmet-emergency-contraceptives-20120922_1_emergency-contraceptives-conscienceact-pharmacists. Publicado em 22 de setembro de 2012. Acesso em 22 de março de 2013.
- [22] Wicclair MR. Refusals by hospitals and emergency contraception. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2011;20(1):130-8.
- [23] Charo RA. American Constitution Society for Law and Policy, Health Care Provider Refusals to Treat, Prescribe, Refer or Inform: Professionalism and Conscience. *The Journal of the ACS Issue Groups* 2007:119-35. https://media.law.wisc.edu/m/yzdkn/charo_-_health_care_provider_refusals_-_feb_2007_-_advance_vol_1.pdf.
- [24] Wicclair MR. *Conscientious Objection in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
- [25] Institute of Medicine. *Shaping the Future of Health. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. Publicação em 2001. Acesso em 8 de maio de 2013.
- [26] OMS. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: OMS; 2006. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
- [27] *Endres v. Indiana State Police*, 349 F.3d 922 (7th Cir. 2003) (cert. denied, 541 U.S. 989 (2004)), citado em Charo RA. American Constitution Society for Law and Policy, Health Care Provider Refusals to Treat, Prescribe, Refer or Inform: Professionalism and Conscience. *The Journal of the ACS Issue Groups* 2007: 119-35. https://media.law.wisc.edu/m/yzdkn/charo_-_health_care_provider_refusals_-_feb_2007_-_advance_vol_1.pdf.
- [28] Dickens BM, Cook RJ. Conscientious commitment to women's health. *Int J Gynecol Obstet* 2011;113:163-6.

- [29] Harris L. Recognizing Conscience in Abortion Provision. *N Engl J Med* 2012;367(11):981–3.
- [30] FIGO. Resolução sobre Objeção de Consciência. <http://www.figo.org/projects/conscientious>. Publicação em 2005. Acesso em 1º de junho de 2013.
- [31] República da Itália. Ministério da Saúde. Relatório do Ministério da Saúde sobre a Aplicação da Lei que Inclui Normas de Cuidado Social de Maternidade e Interrupção Voluntária de Gravidez: 2006-2007 (2008).
- [32] Lei nº 50 (13 de junho de 1995) a respeito da Interrupção de Gravidez, com Aditamentos na Lei nº 5, artigo 14, datados de 16 de junho de 1978 (Noruega).
- [33] Lei de Serviços de Saúde, art. 56, Diário Oficial da República da Eslovênia (Eslovênia).
- [34] Lei de Aborto, Lei nº 595/1974, e alterações posteriores por meio da Lei nº 998/2007 (Suécia).
- [35] Roe J, Francome C, Bush M. Recruitment and training of British obstetrician-gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *RHM* 1999;7(14):97–105.
- [36] Lo SS, Kok WM, Fan SY. Emergency contraception: knowledge, attitude and prescription practice among doctors in different specialties in Hong Kong. *J ObstetGynaecol Research* 2009;35(4):767–74.
- [37] Davidson LA, Pettis CT, Cook DM, Klugman CM. Religion and conscientious objection: a survey of pharmacists' willingness to dispense medications. *Soc Sci Med* 2010;71(1):161–5.
- [38] Heino A, Gissler M, Apter D, Fiala C. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *Euro J Contracept Reprod Health Care* 2013;18:231–3.
- [39] Ministério da Saúde da Áustria. Relatório sobre a Saúde das Mulheres Austríacas de 2010/2011. Viena: Ministério da Saúde, 2011.
- [40] Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:245–8.
- [41] Rodríguez-Calvo MS, Martínez-Silva IM, Concheiro L, Muñoz-Barús, JI. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine* 2012;14(4):209–13. Guttmacher Institute. Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision. *Perspectives Sexual Reprod Health* 2004;36(2):58–63.
- [43] Rakhudu MA, Mmesesi AMM, Myburgh CPH, Poggenpoel M Exploration of the views of traditional healers regarding the termination of pregnancy (TOP) law. *Curatonia* 2006;29(3):56–60.
- [44] Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* 2007;356(6):593–600.
- [45] Goyal M, Zhao H, Mollen C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. *Pediatrics* 2009;123(3):765–70.
- [46] Harris LH, Cooper A, Rasinski KA, Curlin FA, Lyerly AD. Obstetrician–gynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstet Gynecol* 2011;118(4):905–12.
- [47] Frank JE. Conscientious refusal in family medicine residency training. *Family Medicine* 2011;43(5):330–3.

- [48] Gogna M, Romero M, Ramos S, Petracci M, Szulik D. Abortion in a restrictive legal context: the views of obstetrician-gynaecologists in Buenos Aires, Argentina. *RHM* 2002;10(19):128–37.
- [49] de la Fuente Fonnest I, Sondergaard F, Fonnest G, Vedsted-Jacobsen A. Attitudes among health care professionals on the ethics of assisted reproductive technologies and legal abortion. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2000;79(1):49–53.
- [50] Marie Stopes International. General practitioners: attitudes to abortion 2007. <http://www.mariestopes.org.uk/documents/GP%20attitudes%20to%20abortion%202007.pdf>. Publicação em 2007. Acesso em 17 de junho de 2013.
- [51] Davis S, Schrader V, Belcheir MJ. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. *Nurs Ethics* 2012;19(6):738–49.
- [52] Aiyer AN, Steinman a, Ho GY. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):576–80.
- [53] Hammarstedt M, Jacobsson L, Wulff M, Lalos A. Views of midwives and gynecologists on legal abortion--a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(1):58–64.
- [54] Griggs SK, Brown CM. Texas community pharmacists' willingness to participate in pharmacist-initiated emergency contraception. *JAPhA* 2007;47(1):48–57.
- [55] Wonkam A, Hurst SA. Acceptance of abortion by doctors and medical students in Cameroon. *Lancet* 2007;369(9578):1999.
- [56] Suh S. Abortion Politics without Borders: The Implementation and Practice of Post-Abortion Care in Senegal. SSRN 2013. <http://ssrn.com/abstract=2250193>. Publicação em 13 de abril de 2013.
- [57] Hagen GH, Hage CO, Magelssen M, Nortvedt P. Attitudes of medical students towards abortion. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2011;131(18):1768–71.
- [58] Kade K, Kumar D, Polis C, Schaffer K. Effect of nurses' attitudes on hospitalbased abortion procedures in Massachusetts. *Contraception* 2004;69(1):59–62. [59] Stulberg DB, Dude AM, Dahlquist I, Curlin FA. Obstetrician-gynecologists, religious institutions, and conflicts regarding patient-care policies. *Amer J Obstet Gynec* 2012;207(1):73 e1–5.
- [60] Guttmacher Institute. Making Abortion Services Accessible in The Wake of Legal Reforms: A Framework And Six Case Studies. <http://www.guttmacher.org/pubs/abortion-services-laws.pdf>. Publicação em 2012. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [61] International Planned Parenthood Federation. Abortion, Legislation in Europe. http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/ED17CA78-43A8-4A49-ABE764A836C0413E/0/Abortion-legislation_May2012corr.pdf. Updated May 2012. Acesso em 8 de maio de 2013.
- [62] Mishtal J. Bioethics, Religion, and Reproductive Health Policies: 'An Irish Solution to an Irish Problem.' *Medical Anthropology*. Under Review.
- [63] Centro de Direitos Reprodutivos. Mapa das Leis de Aborto no Mundo de 2013 e Atualização. http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap_Factsheet_2013.pdf and <http://worldabortionlaws.com/>. Publicação em 2013. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [64] Cohen SA. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. *Guttmacher Policy Review* 2009;12(4).

- [65] Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368(9550):1908–19.
- [66] Guttmacher Institute. In Brief: Fact Sheet. Facts on Induced Abortion Worldwide. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html. Publicação em 2012. Acesso em 17 de junho 2013.
- [67] Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006;369(9550):1887–92.
- [68] Guttmacher Institute. Media Kit. Worldwide Abortion: Legality, Incidence and Safety. <http://www.guttmacher.org/media/presskits/abortion-WW/statsandfacts.html>. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [69] Ipas. Report on successes in achieving UN Global Strategy for Women's and Children's Health—September 2012. http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012_10S_Ipas_submission_forIERGreport_1May2012.pdf. Publicação em 2012. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [70] Sangonet. Unsafe Abortion in South Africa: A Preventable Pandemic. <http://www.ngo-pulse.org/blogs/unsafe-abortion-south-africa-preventable-pandemic>. Publicação em July 2012. Acesso em 8 de maio de 2013.
- [71] Republic of South Africa. Saving Mothers: Short. <http://www.doh.gov.za/docs/reports/2012/savingmothersshort.pdf>. Publicação em 2012.
- [72] Poonthai J. Genetics of human male infertility. *Singapore Med J* 2009;50(4):337.
- [73] WHO. Mother or nothing: The agony of fertility. *Bull World Health Organ* 2010;88(12):877–953.
- [74] WHO. Genomic Resource Centre. Gender and Genetics. Assisted Reproductive Technologies (ARTs). <http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>. <http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>. Acesso em 23 de outubro de 2013.
- [75] Inhorn M. Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Soc Sci Med* 2003;56(9):1837–51.
- [76] Chambers GM, Sullivan EA, Ishihara O, Chapman MG, Adamson GD. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fertil Steril* 2009;91(6):2281–94.
- [77] Chambers GM. The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective. *Hum. Reprod. Update* 2010; 6(6): 603–613.
- [78] Chavkin W. The Old Meets the New: Religion and assisted reproductive technologies. *Development* 2006;49(4):78–83.
- [79] Giubellino G. I Would Not Freeze My Children. *Clarín*. <http://edant.clarin.com/diario/2005/07/26/sociedad/s-03101.htm> Publicação em 26 de julho de 2005.
- [80] Turone, F. Italian court upholds couple's demands for preimplantation genetic diagnosis. *BMJ* 2007;335(7622):687.
- [81] United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Contraceptive Use 2011, Wall Chart, Front Side. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>. Acesso em 8 de maio de 2013.

- [82] Creanga AA, Gillespie D, Karklins S, Tsui AO. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bull World Health Organ* 2011;89(4):258–66.
- [83] Center for Reproductive Rights. Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception. <http://reproductiverights.org/en/press-room/over-700000-petitioners-demand-hondurancongress-reject-law-criminalizing-emergency-contr>. Publicação em 16 de maio de 2012.
- [84] WHO. Emergency Contraception Pills... Too Expensive? http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/ec/en/index.html. Acesso em 23 de outubro de 2013.
- [85] Pieklo J. Care2. Oklahoma Rape Victim Turned Away from Hospital. <http://www.care2.com/causes/oklahoma-rape-victim-turned-away-from-hospital.html>. Publicação em 2012. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [86] Spiegel Online. Koelnr Erzbischof: Meisner billigt “Pille danach” fuer Vergewaltigungsofper. <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/koelner-erzbischof-meisnerbilligt-pille-danach-fuer-vergewaltigungsofper-a-880814.html>. Publicação em 31 de janeiro de 2013. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [87] Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005;173(8):905.
- [88] Togas T. Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. <http://www.uptodate.com/contents/incidence-risk-factors-and-pathology-of-ectopicpregnancy>. February 23, 2012.
- [89] Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Home AW. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011;37(4):231– 40.
- [90] American Pregnancy Association. Promoting Pregnancy Wellness. Miscarriage. <http://americanpregnancy.org/pregnancycomplications/miscarriage.html>. Acesso em 23 de fevereiro de 2012.
- [91] Berer M. Termination of pregnancy as emergency obstetric care: the interpretation of Catholic health policy and the consequences for pregnant women: An analysis of the death of Savita Halappanavar in Ireland and similar cases. *RHM* 2013;21(41):9–17.
- [92] Caso de Z. contra a Polônic. Pedido nº 46132/08. Julgamento (Méritos e Justa Reparação). [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx?i=001-114521#{"itemid":\["001114521"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx?i=001-114521#{). Publicação em 2012. Acesso em 15 de junho de 2013.
- [93] Harvard University. David Rockefeller Center for Latin American Studies. Remobilization, Demobilization, and Incarceration: Women and Abortion in Post-war El Salvador. <http://www.drclas.harvard.edu/node/853>. October 23, 2013.
- [94] Mollmann M. Over Their Dead Bodies – Denial of Access to Emergency Obstetric Care and Therapeutic Abortion in Nicaragua. *Human Rights Watch* 2007; 19(2)(B). <http://womenshealthnews.blogspot.com/2006/04/women-of-el-salvador.html> Publicação em 2009. Acesso em 8 de junho de 2013.
- [95] Skotko B. Mothers of children with Down syndrome reflect on their postnatal support. *Pediatrics* 2005;115(1):64–77.
- [96] Hoehn KS, Wernovsky G, Rychik J, Tian ZY, Donaghue D, Gaynor JW, et al. Parental decision-making in congenital heart disease. *Cardiol Young* 2004; 14(2004):309–14.

- [97] R.R. contra a Polónia. nº 2761/04. TEDH. (2011).
- [98] Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observação Geral nº 22, artigo 18: O Direito à Liberdade de Pensamento, Consciência e Religião. A/48/40 vol. I (1993), § 11.2.
- [99] Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher da ONU. Recomendação Geral nº 24: Artigo 12 da Convenção (mulheres e saúde). (20ª Sess., 1999), § 11.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>. Acesso em 23 de fevereiro de 2012.
- [100] Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher da ONU. Observações Finais. Croácia, Doc ONU A/53/38 (1998), §§ 109, 117.
- [101] Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher da ONU. Observações Finais. Itália, Doc ONU A/52/38 Rev.1, Parte II (1997), §§ 353-360.
- [102] Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher da ONU. Observações Finais. África do Sul, Doc ONU A/53/38/Rev.1 (1998), § 113.
- [103] ONU. Relatório Especial sobre o Direito de Toda Pessoa ao Mais Alto Padrão de Saúde Física e Mental Possível. Anand Grover – Missão na Polónia, 20 de maio de 2010, Doc. ONU A/HRC/14/20/Add.3.
- [104] CDESC. Observações Finais. Polónia. Doc. ONU E/C.12/POL/CO/5 (2009), § 28.
- [105] OMS. Aborto seguro: diretriz política e técnica para sistemas de saúde. Segunda edição. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf. Publicação em 2012. Acesso em 8 de junho de 2013.
- [106] Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. [Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva e Interrupção Voluntária de Gravidez] (2010), Arts.17(4) e 14(a) (Espanha).
- [107] Lei C-355 de 2006 (Colômbia).
- [108] Lei de Escolha de Interrupção de Gravidez de 1996 (África do Sul).
- [109] Regulamento à Lei Nacional nº 25.673, art. 10 (Argentina). Ministerio de Salud de la Nación [Ministério da Saúde Nacional]. Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles [Guia Técnico para Cuidado Abrangente de Abortos Legais] (2010) (Argentina).
- [110] Lei Nacional nº 26.130, Art.6 (Argentina).
- [111] Código de Ética Médica. Capítulo 5. (Uruguai). <http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/cem.html#cap5>. Acesso em 23 de fevereiro de 2013.
- [112] Vique AB, Cabrera OA, Lugo FG, Hevia M. Mujer y Salud en Uruguay. El Veto del Ejecutivo Uruguayo a la Despenalización del Aborto: Deconstruyendo sus fundamentos. Cuadernos: Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos 2010 [Mulheres e Saúde no Uruguai. O Veto do Poder Executivo do Uruguai à Descriminalização do Aborto: Desconstruindo os Fundamentos. Anotações: Contribuições ao debate sobre saúde, cidadania e direitos]; Epoca 1 (1). <http://www.archivos.hacelosvaler.org/Cuaderno%201%20Final.pdf>. 2010. Acesso em 23 de outubro e 23 de fevereiro de 2012.
- [113] Lei de Serviços de Saúde Pública (1973) (Estados Unidos).
- [114] Sonfeld A. Guttmacher Institute. Delineating the Obligations That Come with Conscientious Refusal: A Question of Balance. Guttmacher Policy Review 2009;12(30). <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/3/gpr120306.html>.

- [115] Regulamentos para Implementação da Lei nº 50 datada de 13 de junho de 1995 a respeito da Interrupção de Gravidez, com Aditamentos na Lei nº 66, § 20, datada de 16 de junho de 1978 (Noruega).
- [116] Decisão do Tribunal Constitucional, T-209 de 2008 (Colômbia). <http://www.alcaldia-bogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30206>. Publicação em 28 de fevereiro de 2008.
- [117] Sentença do Supremo Tribunal Administrativo da Bavária de 07 de março de 1990, BayVGHDVB1. 1990, 880-82 41 (F.R.G.).
- [118] Sentença do Tribunal Federal Administrativo de 13 de dezembro de 1991, BVerwGE 89, 260-70 (F.R.G.).
- [119] P&S contra a Polônia, Pedido nº 57375/08, Decisão, 30 de outubro de 2012. [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-114098#{%22itemid%22:\[%22001-114098%22\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-114098#{%22itemid%22:[%22001-114098%22]}). Acesso em 23 de fevereiro de 2012.
- [120] Code de la Sante Publique, arts. L2212-8, R4127-18 32 (Fr.).
- [121] Lei de Reforma à Lei do Aborto, Art. 8 (Vitória, Austrália)
- [122] Decisão do Tribunal Constitucional, T-388 de 2009 (Colômbia).
- [123] Colômbia. Ministério da Proteção Social. Decreto Governamental 4444 de 2006, artigo 6. http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_legaldocs_decreto4444.pdf. Acesso em 19 de julho de 2012.
- [124] Lei nº 194 de 22 de maio de 1978 sobre a proteção social da maternidade e a interrupção voluntária da gravidez. Diário Oficial, Parte I, 22 de maio de 1978 nº 140, 3642-46 (Itália). http://www.columbia.edu/itc/history/degrazia/courseworks/legge_194.pdf. Acesso em 23 de fevereiro de 2012.
- [125] American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion The Limits of Conscientious Refusal in Reproductive Medicine 2007; Opinion Number 385. http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Ethics/The_Limits_of_Conscientious_Refusal_in_Reproductive_Medicine. Acesso em 27 de agosto de 2013.
- [126] Sindicato Medico de Uruguay. Chap 5, Art. 37 (Uruguay). <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/cem.htm#cap5>. Acesso em August 20, 2013.
- [127] British Medical Association. Ethics Department. The Law and Ethics of Abortion: BMA Views. November 2007.
- [128] World Medical Association. World Medical Association Declaration on Therapeutic Abortion. www.wma.net/e/policy/a1.htm. Publicação em 2006.
- [129] American Society of Health-System Pharmacists, Council on Legal and Public Affairs. ASHP Statement: Pharmacist's Right of Conscience and Patient's Right of Access to Therapy (0610). 2010.
- [130] Anderson RM, Bishop LJ, Darragh, M, Gray H, Nolen, A, Poland, SC, et al. National Reference Center for Bioethics Literature. The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics. Pharmacists and Conscientious Objection. <http://bioethics.georgetown.edu/publications/scopenotes/sn46.pdf>. Acesso em 17 de agosto de 2013.
- [131] General Pharmaceutical Council. Standards of conduct, ethics and performance. Julho de 2012.

- [132] Decreto nº 98-945 de 4 de dezembro de 1998, estabelecendo o Código de Ética Médica (Madagascar).
- [133] National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Model Statement Regarding Pharmacists' Refusal to Provide Products or Services for Moral or Religious Reasons. <http://www.nbpharmacists.ca/LinkClick.aspx?fileticket=wx0ugUqRRE%3D&tabid=261&mid=695>. Publicação em 1999.
- [134] Code of Ethics for Nurses in Australia, developed under the auspices of Australian Nursing and Midwifery Council, Royal College of Nursing, Australia, Australian Nursing Federation. 2008.
- [135] Guidance on the Termination of Pregnancy: The Law and Clinical Practice in Northern Ireland, 16 July 2008, the Department of Health, Social Services and Public Safety.
- [136] Medical Association Code of Ethics and Law: Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008), Art. 37 (Port.); 39 Lei No. 16/2007 de 17 de abril, Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez 40 (Port.).
- [137] Health Service Guidance HSG (94)39 (US).
- [138] Lei de Aborto de 1967 (Inglaterra) (O Artigo 4(1) da Lei de 1967 permite que 'nenhuma pessoa terá o qualquer dever, por contrato, regulamento ou outra exigência legal, de participar de qualquer tratamento...a que faça objeção de consciência'. Isso não se aplica a procedimentos de emergência).
- [139] Enright e outros contra Kwun e outros. [2003] E.W.H.C. 1000 (Q.B.).
- [140] Decreto alterando os Artigos 145 e 148 do novo Código Penal da Cidade do México e acrescentando os Artigos 16 *bis* 6 e 16 *bis* 7 à Lei de Saúde da Cidade do México, relatado no Diário Oficial da Cidade do México, 14, nº 7, 24 de janeiro de 2004, pp. 6-7 (México).
- [141] Lei de Serviços de Saúde, art. 56, Diário Oficial da República da Eslovênia 36, nº 9, promulgada em 1992.
- [142] Wilmington General Hospital contra Manlove, 174 A2d 135 (Del SC 1961) (EUA).
- [143] Nursing and Midwifery Council, The Code of Conduct, Professional standards for nurses and midwives (UK).
- [144] Lei Nacional sobre a Prática Médica, Odontológica e Práticas Auxiliares, Lei nº 17.132 (Argentina).
- [145] Janaway v. Salford Health Authority, 1988 (Reino Unido).
- [146] Brahams D. Conscientious Objection and Referral Letter for Abortion. *Lancet* 1988;331(8590):893.
- [147] 73 Fed. Reg. 78071 (19 de dezembro de 2008). 45 CFR Part 88 (2008).
- [148] Galston WA, Rogers M. Brookings Institute. Governance Studies at Brookings. Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance. http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2012/2/23%20health%20care%20galston-20rogers/0223_health_care_galston_rogers.pdf. Publicação em 23 de fevereiro de 2012
- [149] Office of the Secretary of Health and Human Services. Final Rule, Regulation for the Enforcement of Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-02-23/pdf/2011-3993.pdf>. Publicação em 23 de fevereiro de 2011.

www.globaldoctorsforchoice.org

<http://globaldoctorsforchoice.org/centros-de-acao/brasil-2/?lang=pt-br>

