

## Objecção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal

Objection of conscience or ideological instrumentalization? An analysis of discourses of managers and other professionals regarding legal abortion

¿Objeción de conciencia o instrumentalización ideológica? Un análisis de los discursos de gestores y demás profesionales sobre el aborto legal

July Grassiely de Oliveira Branco <sup>1</sup>  
Aline Veras Morais Brilhante <sup>1</sup>  
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira <sup>1</sup>  
Almudena Garcia Manso <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00038219

### Resumo

*Este artigo objetivou compreender a objeção de consciência com base na análise das formações ideológicas que permeiam o acesso ao abortamento legal decorrente de violência sexual na concepção de trabalhadores e gestores que atuam em serviços de referência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa mediante a participação de 20 trabalhadores (seis exerciam, também, a gestão) desses serviços a um roteiro de entrevista semiestruturado. O método de análise usado foi a análise do discurso. Os resultados evidenciam que a objeção de consciência emergiu como elemento discursivo central às mesmas. A análise contextualizada dos discursos evidenciou uma instrumentalização da prerrogativa por razões ideológicas, confluindo para a organização dos resultados nas seguintes categorias: a instrumentalização da objeção de consciência e a desarticulação da rede; e a instrumentalização da objeção de consciência a fim de vigiar e punir. Conclui-se que a objeção de consciência como formação discursiva foi ressignificada, a fim de compor um complexo e refinado sistema de sabotagem interna – consciente e inconsciente – dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual, apesar dos marcos e avanços legais.*

*Aborto Legal; Delitos Sexuais; Atenção à Saúde*

### Correspondência

J. G. O. Branco  
Universidade de Fortaleza.  
Av. Washington Soares 1321, Fortaleza, CE 60811-905, Brasil.  
julybranco.upa@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

<sup>2</sup> Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.



## Introdução

A objeção de consciência é uma prerrogativa legítima <sup>1</sup>. Todavia, o respeito à autonomia dos profissionais de saúde não pode comprometer o acesso a direitos sexuais e reprodutivos, resguardadas as restrições legais de cada país <sup>2,3,4,5</sup>. A aplicação desse princípio, contudo, vem sendo desvirtuada, culminando na negação do aborto seguro a mulheres contempladas pela legislação <sup>2</sup>. Nesse sentido, analisar os discursos de profissionais e gestores sobre a prática do abortamento legal é decisivo na identificação e enfrentamento de barreiras ideológicas à estruturação de serviços específicos.

O *Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 181/2015* (Câmara dos Deputados. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449>), em tramitação no Brasil, interfere na interpretação de todas as leis infraconstitucionais e portarias que tratam do abortamento legal. Além da proposta declarada de ampliação da licença-maternidade em caso de parto prematuro, a *PEC nº 181/2015* busca assegurar a “dignidade da pessoa humana” (artigo 1º) e a “inviolabilidade do direito à vida” (artigo 5º) “desde a concepção”. O texto dessa emenda criminaliza as interrupções gestacionais nos casos atualmente resguardados pela legislação brasileira, a saber, anencefalia fetal, risco de morte materna e gestação decorrente de estupro <sup>6</sup>. O conservadorismo dessa proposta remete, resguardadas as singularidades, a diversos movimentos ao redor do mundo, como a lei aprovada em 2 de maio de 2018 no Estado de Iowa, Estados Unidos, que limita o procedimento até a detecção de batimentos cardíacos fetais, período em que há grandes chances de não se haver ainda detectado a gestação <sup>7</sup>.

Tanto a lei estadunidense quanto a *PEC nº 181/2015* utilizam artifícios discursivos para, na prática e amparadas na letra da lei, proibirem o aborto. A despeito das evidências que suportam a promoção da assistência ao abortamento seguro <sup>8</sup>, o surgimento perene de barreiras – culturais e institucionais – à interrupção legal da gestação não é novidade <sup>1,9,10</sup>. Apesar da prerrogativa legal brasileira para a interrupção da gestação nos casos de violência sexual <sup>11</sup>, manuscritos expressam dificuldades para a sua realização decorrentes do acesso tardio aos serviços de saúde <sup>12,13</sup> e da objeção de consciência dos profissionais <sup>1,9,10</sup>. Nesse sentido, os discursos sobre a interrupção legal da gravidez são ideologicamente marcados por dois pontos principais: a noção da moralidade cristã do que é socialmente aceitável e a posição social do sujeito que os instauram <sup>14,15</sup>. O estigma associado ao aborto e à violência sexual, bem como os silenciamentos sobre as políticas existentes, são sustentados por formações discursivas que comprometem a efetividade dos instrumentos legais <sup>16</sup>.

Frente ao exposto emergiram as indagações: quais os sentidos atribuídos por trabalhadores e gestores de serviços que realizam a assistência integral às mulheres em situação de violência sexual sobre a interrupção legal da gestação decorrente de violência sexual? Quais as formações ideológicas que perpassam os discursos desses trabalhadores e gestores sobre a interrupção legal da gestação? Para além do verbalizado, quais os entraves silenciados à implantação sustentável de serviços que garantam o acesso ao direito ao abortamento previsto em lei? Quais os usos e sentidos da objeção de consciência no contexto da assistência? Nesse sentido, um amplo estudo foi realizado a fim de analisar as formações ideológicas que permeiam a assistência a mulheres em situação de violência sexual, com base nos discursos de trabalhadores e gestores de serviços de referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual em um município do Nordeste do Brasil. Diante da centralidade da objeção de consciência nos discursos, este artigo parte do referencial teórico dos estudos de gênero e das linhas integrais do cuidado, objetivando analisar as intencionalidades ocultadas nas alegativas de objeção de consciência que permeiam o acesso à interrupção legal da gestação decorrente de violência sexual.

## Metodologia

### Descrição do contexto

O município unidade de análise desta pesquisa é o quinto maior do país em população, com 2.452.185 habitantes, sendo 53,19% mulheres <sup>17</sup>. No ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,754, situando o município no 17º lugar no *ranking* das capitais do país <sup>18</sup>. Adotando como parâmetro o número de homicídios, o município é o sétimo entre os mais violentos do mundo <sup>19</sup>. No que toca à violência contra a mulher, em 2017, foram registrados 3.433 casos <sup>20</sup>.

### **Seleção dos participantes**

A amostragem foi realizada pela técnica de bola de neve – amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência <sup>21</sup>. Baseando-se no acesso à informante-chave (apoiadora técnica da área de saúde da mulher) foi solicitada a indicação de outro profissional que atuasse na assistência à mulher em situação de violência sexual, e assim sucessivamente.

Constituíram-se critérios de inclusão: atuar na assistência às mulheres em situação de violência sexual em qualquer dos dispositivos institucionais preconizados para este cuidado, seja na área da saúde (medicina, enfermagem e psicologia), seja em outras áreas que com estas se interseccionem (serviço social e direito), desde que a atuação se relacionasse de forma direta com o acesso ao abortamento legal, além de ter no mínimo seis meses de experiência no serviço e ter, neste período, assistido mulheres com direito à interrupção legal da gestação. Estando diretamente envolvidos na assistência a essas mulheres, esses profissionais vivenciam cotidianamente as dificuldades e entraves da rede, tendo ampla ciência das justificativas e formações discursivas que normatizam estas barreiras. O estabelecimento de um período mínimo é justificado pela necessidade de imersão no serviço, com vivência de seus entraves, e de uma aproximação com colegas de trabalho, que lhes permita conviver com os diferentes modos de pensar e agir, evidenciados nos diálogos informais e polarizados. Porquanto não sejam raras as discordâncias profissionais ante a interrupção legal da gravidez, os gestores dos serviços foram incluídos. Vale ressaltar que na ausência de profissional disponível à realização do abortamento legal caberia à gestão sua realização ou encaminhamento, garantindo o acesso e respeitando as decisões dos profissionais no tocante à objeção de consciência. Como gestor, portanto, esse profissional está próximo às alegações diuturnas de objeção de consciência. Excluíram-se do estudo os trabalhadores afastados por motivo de férias ou licença saúde; a determinação do número de participantes ocorreu pela saturação do quadro de amostra.

Participaram desta pesquisa a ex-coordenadora da área de política para as mulheres (no momento da pesquisa a coordenadoria estava sem gestor), quatro trabalhadoras do centro de referência da mulher e 15 profissionais da saúde (dos quais, seis exerciam, também, a gestão) que atuam em sete instituições habilitadas para assistir mulheres em situação de violência sexual – seis municipais e uma federal. Dessas, apenas duas oferecem o serviço de interrupção legal da gestação.

### **Coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas em profundidade com duas questões abertas, possibilitando ao participante discorrer livremente sobre as percepções acerca do abortamento legal e, posteriormente, sobre o acesso a este direito em seu serviço. Caso o procedimento não fosse realizado no local, a questão desdobrava-se nas causas da ausência de oferta e na conduta preconizada para assegurar o acesso ao procedimento. A objeção de consciência emergiu das falas como elemento central à privação ao acesso, sendo por isto explorada na entrevista em profundidade. Cada entrevista foi agendada previamente, em local reservado e escolhido por cada participante.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração média de 25 minutos, conduzida por uma pesquisadora com formação na área da saúde (enfermagem). Mediante a autorização escrita e assinada, os áudios foram gravados e transcritos pela pesquisadora. Foram realizados ainda registros no diário de campo <sup>22</sup>. As anotações basearam-se em impressões quanto à estrutura física dos serviços, dinâmica do atendimento e reações do profissional ao falar sobre o tema.

### **Procedimento de análise**

A análise foi balizada nos princípios da Análise de Discurso (AD) <sup>23</sup>. Após transcritas as informações, foi realizada a leitura exaustiva e em profundidade do material obtido. Com base nas formações discursivas, buscou-se “*compreender o processo de produção dos sentidos e a sua relação com a ideologia*” <sup>24</sup> (p. 43). Nesse processo, as formações discursivas foram contextualizadas e associadas aos discursos sociais vigentes. Esse processo fez emergir as contradições dos discursos e as formações ideológicas que os situam. Entende-se por formação ideológica neste artigo “*um conjunto complexo de atitudes e representações que não são ‘nem individuais’ ‘nem universais’, mas se relacionam mais ou menos diretamente a*

*posições de classes em conflitos umas com as outras”* <sup>25</sup> (p. 166). As formações discursivas foram relacionadas às formações ideológicas e aos fenômenos semânticos à luz do contexto sociohistórico, fazendo emergir o não-dito <sup>24</sup>. Dessa forma, *“as palavras não têm um sentido nelas mesmas, elas derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem. As formações discursivas, por sua vez, representam no discurso as formações ideológicas. Desse modo, os sentidos sempre são determinados ideologicamente”* <sup>24</sup> (p. 43).

### **Procedimentos éticos**

Foram respeitados os princípios éticos contidos na *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde. Para salvaguardar as identidades dos participantes foi utilizada a letra T (Trabalhador), seguida do numeral (1,2,3...), da seguinte forma T1, T2 e assim sucessivamente. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob parecer nº 2.327.063/2017.

### **Resultados**

O processo analítico evidenciou três formações discursivas: Barreiras de acesso ao serviço de abortamento legal; Direito de escolha *versus* maternidade compulsória; e Normatização social da violência. A objeção de consciência emergiu como elemento discursivo central às mesmas. A análise contextualizada dos discursos, contudo, evidenciou uma instrumentalização da prerrogativa por razões ideológicas, confluindo para a organização dos resultados nas seguintes categorias: a instrumentalização da objeção de consciência e a desarticulação da rede; e a instrumentalização da objeção de consciência a fim de vigiar e punir.

### **Caracterização dos participantes**

Os participantes deste estudo tinham idades que variam entre 25 e 61 anos, sendo um homem e 19 mulheres. Desses, nove eram casados, cinco solteiros, dois viúvos, três em união estável e um divorciado. Treze participantes se declaram católicos desde o nascimento. Desses, metade referiu frequentar a igreja uma vez por semana. Os demais afirmaram não ser regularmente assíduos ou fazerem suas orações em suas residências. Houve também três espíritas, dois evangélicos, um ateu e um que refere frequentar várias religiões. Quanto à profissão, foram mencionadas medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, direito e administração, com tempo de formação que variou de 7 meses a 30 anos, e tempo de atuação no serviço de 7 meses a 23 anos. Dez pesquisados declararam a participação em cursos na área de violência sexual. Dentre esses, oito fizeram cursos ofertados pelo estado há dois anos ou mais. Entre os participantes, dois profissionais declararam que, nas instituições onde trabalham, participam efetivamente da realização do abortamento legal.

### **A instrumentalização da objeção de consciência e a desarticulação da rede**

Os resultados evidenciam que, embora os profissionais entrevistados entendam o abortamento legal como um direito da mulher, existem barreiras assistenciais que dificultam o acesso. Nesse sentido, T20 nos fala que *“há uma dificuldade muito grande dela acessar esse direito, por falta de informação ou por falta da rede funcionando”*. A estruturação da rede, contudo, fica à mercê do seu reconhecimento pela gestão governamental, posto que não é tratada como política de Estado. T12 exemplifica essa questão quando fala sobre a desarticulação das ações planejadas pelo governo anterior após a mudança de gestão. T12 nos traz que *“em 2012 tentou-se formar uma equipe quando era a gestão da prefeita, mas como houve a saída, a quebra da gestão, não foi mais pra frente”*.

Diante da ausência de uma ação perene do Estado, a responsabilidade pelo funcionamento desses serviços fica relegada a alguns profissionais. Os discursos reafirmam a disposição dos envolvidos nos serviços em assegurar o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, mesmo diante de suas ressalvas pessoais, como exemplifica T18 ao declarar que: *“embora seja muitas vezes difícil trabalhar com isso, eu tento ao máximo, para continuar dando esse apoio que eu tenho feito. Trabalhando minha impessoalidade e o meu não julgamento diante dos relatos, diante dos desfechos”*.

Nesse contexto, a objeção de consciência surge como elemento discursivo frequente nas barreiras enfrentadas no cotidiano dos serviços que realizam o procedimento de interrupção legal da gestação. Um dos casos relatados por T1 ilustra uma paciente com direito legal ao serviço, mas que *“se deparou com um profissional que não quis fazer e estavam com dificuldade de ver um outro profissional da área para realizar, e com isso o tempo foi passando”*, o que culminou na não realização do procedimento, embora a mulher tenha procurado o serviço em tempo hábil. A prerrogativa, contudo, não apenas dificulta o acesso à interrupção legal da gestação nos serviços que a ofertam, como também é usada como justificativa para a sua não oferta em outros serviços que se propõem a assistir mulheres em situação de violência sexual. O serviço onde T8 atua, por exemplo, assiste mulheres em situação de violência sexual, mas não realiza o procedimento de interrupção e a justificativa apontada é apenas que *“...não tem nenhum profissional que queira fazer”*. O fato é corroborado por T9 que, em seu serviço, encontra realidade semelhante. T9 ainda complementa que existe recusa não apenas na realização do procedimento de interrupção, mas na própria assistência à mulher em situação de violência sexual, mesmo que esta não esteja grávida. A justificativa para tal seria, segundo T9, o receio de dar visibilidade ao serviço. Nas suas palavras: *“Aqui no nosso hospital infelizmente a gente não tem profissionais, se eles já botam dificuldades até em atender e dar uma visibilidade no que aconteceu, você imagina eles fazerem o aborto”*. A alegação para a recusa em assistir mulheres não grávidas em situação de violência sexual baseia-se no receio de que, diante do conhecimento público sobre o serviço, crie-se uma demanda para o abortamento, que, em teoria, é o que se deseja. Paradoxalmente, esse silenciamento fomenta o número de abortamentos, legais ou não, na medida em que o acesso à contracepção de emergência é falho, como percebe T18, ao afirmar que: *“Se a gente tivesse uma rede de profilaxia pós-exposição de risco mais forte, a gente não teria tantos abortamentos legais e esse é um dos nossos principais objetivos, conseguir fechar esse fluxo para que a gente possa trabalhar em cima dessa profilaxia, na prevenção dessa gravidez indesejada, seja decorrente de estupro ou não”*.

Vale ressaltar aqui que em quatro dos seis serviços de saúde habilitados para a assistência de mulheres em situação de violência sexual o abortamento não é realizado, por nenhum profissional, inclusive pelos participantes desta pesquisa, que atuam diretamente na assistência às mulheres em situação de violência sexual, como esclarece T14 ao afirmar que *“aqui não fazemos, quando aparece, eu encaminho”*. A possibilidade do encaminhamento, contudo, é alvo de esquecimento em alguns discursos, como o de T17, ao afirmar que *“às vezes que eu tive que me deparar com essas situações eu oriento, mas eu deixo claro: eu não tenho coragem de fazer por uma série de questões pessoais”*. Nesses casos, a conduta seria encaminhar a paciente para um profissional que não comungasse das mesmas restrições e que se disponibilizasse ao ato. A teia de barreiras, contudo, é de tal modo estrutural ao sistema que práticas informais como o abortamento clandestino são naturalizadas. Nesse contexto, T17 segue narrando um episódio fictício, sobre o que faria caso uma paciente a procurasse em busca do abortamento legal e declara sua disposição de cuidar da paciente após o procedimento, mas esquece, neste momento, de citar o referenciamento. T17 narra, iniciando com a suposta fala da paciente: *“E se eu precisar fazer a senhora cuida de mim depois? Cuido, só não me peça para fazer, para colocar o comprimido (...). Sangrou, me procura. Eu faço a curetagem de boa, porque eu estou cuidando de você, o meu papel de cuidar eu assumo, eu não consigo é gerar uma interrupção”* (T17). A fala demonstra que a profissional entende o seu papel de cuidar. Contudo, o esquecimento da rede e da possibilidade de encaminhamento – seja ele intencional ou não – contribui para a fragilidade da assistência.

Além disso, mesmo quando o encaminhamento é mencionado, vale lembrar que as pacientes de toda a rede são destinadas aos dois únicos serviços do município onde o procedimento é realizado. Ocorre que, mesmo chegando a esses locais o acesso não está assegurado, como ilustrou a fala de T1 no início deste tópico.

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

### **A instrumentalização da objeção de consciência a fim de vigiar e punir**

Para além das barreiras à realização da interrupção legal da gestação, as falas descortinam mecanismos de punição das mulheres que a acessam apesar dos entraves. Os mecanismos de punição estão em diferentes momentos e esferas do atendimento. Quando implementados antes do procedimento buscam desestabilizar emocionalmente a mulher, como foi observado em diversas ocasiões por T18, que nos narra que *“colocam a paciente no ultrassom para saber se o feto tá vivo ou não está vivo (...). Isso é desestruturante para aquela mulher que tem que ouvir novamente os batimentos cardíacos daquele feto, daquele conceito que ela nem reconhece como filho”*.

Os usos da objeção de consciência como formação discursiva, contudo, não se restringem às tentativas de impedir a realização do procedimento. A prerrogativa é alegada para impedir a assistência mesmo após realizada a interrupção, como também exemplifica T18 ao relatar que *“já aconteceu de a paciente já ter eliminado o conceito no momento da curetagem e uma técnica de enfermagem falar que não vai participar ou que não vai entregar uma cânula de AMIU ou uma cureta pro profissional que vai fazer a curetagem porque ela não concorda, quando na verdade esse conceito já tinha sido até eliminado”*.

Não apenas as mulheres são alvo de ações punitivas, como também os profissionais que as assistem e realizam os procedimentos. Os discursos dos profissionais que realizam a interrupção legal das gestações evidenciam que existe um patrulhamento dos profissionais. Agregados a essa vigilância vem o isolamento e as punições sociais, como as agressões sofridas por T18, que relata que *“tem pediatra que vira o rosto pra mim desde a implantação do serviço. (...) Já ouvi mais de uma vez no posto de enfermagem alguém dizer: ‘essa daí já tem um latifúndio no inferno’”*.

As atitudes punitivas não se apresentam de forma isolada, sendo componente de uma complexa estrutura de controle dos corpos femininos que, tendo base ideológica, perpassam inclusive os discursos de profissionais que se propõem alinhados aos ideais dos direitos sexuais e reprodutivos. Foi unânime entre os participantes desta pesquisa a legitimidade do direito à interrupção legal em caso de gestação decorrente de estupro. Alguns discursos, todavia, descortinam uma contínua vigilância e o condicionamento do acesso ao abortamento legal a uma validação subjetiva do profissional. A T20, por exemplo, chegou a inúmeros *“relatos de mulheres que procuraram serviços de saúde e o profissional ao invés de acolher, se imiscuiu numa postura policialesca, denunciando aquela mulher pra polícia que estava ali para fazer um aborto”*.

Mesmo na ausência de uma atitude drástica como a mencionada antes, em que os profissionais que se propõem a assistir mulheres em situação de violência sexual podem assumir uma postura investigativa. T16, por exemplo, condiciona o acesso a uma prova verificável da violência quando afirma que *“se for uma violência sexual, se provar que é uma violência sexual, é muito constrangedor, é muito sofrimento para a usuária ter um filho que não foi desejado, que foi uma violência”*. Ocorre que, caso o profissional não reconheça a veracidade dos relatos, a assistência corre o risco de ser negada, como exemplifica T18 ao declarar que *“muitos pedidos de interrupção são negados porque quando você, vai investigar, você percebe que tem uma incompatibilidade enorme com o que ela tá te relatando e aquela gravidez que ela tá trazendo para interromper”*.

Contrariando as normatizações sobre acolhimento, os discursos esboçam uma retórica que se apropria equivocadamente de aspectos legais. À mulher resta o ônus da prova, em um momento delicado em que necessita de cuidado, quando a própria legislação não exige. Seguindo uma interpretação equivocada da legislação, T11 teme incorrer em ato criminoso na ausência da comprovação factual da violência e afirma que *“hoje não existe a necessidade de uma ordem judicial para realizar o procedimento, basta que a mulher declare que aquela gravidez foi fruto de uma relação de violência. Então se ela fizer essa declaração ela pode começar o processo para fazer a interrupção da gravidez e aí uns questionam ‘se ela estiver mentando?’; ‘e se isso não for verdade?’ eu estou cometendo um crime”*. Ressalte-se que não se observa na fala dos participantes o questionamento inverso: e se essa mulher foi vítima de violência sexual e eu estiver obstruindo seu acesso a um direito sexual e reprodutivo? Esse silenciamento por si é contingente das formações ideológicas hegemônicas na assistência.

## Discussão

A objeção de consciência é um direito assegurado ao profissional<sup>1</sup>, baseando-se na liberdade de religião, consciência e pensamento, reconhecida em diversos tratados internacionais de direitos humanos, bem como em constituições nacionais<sup>2</sup>. No entanto, essa prerrogativa não é absoluta, demandando a acomodação entre direitos – da paciente e do profissional – e valores razoáveis para uma sociedade justa<sup>26,27</sup>. Os resultados desta pesquisa, entretanto, demonstram ausência de equilíbrio, com a balança pesando em prejuízo aos direitos sexuais e reprodutivos. Esses achados não são exclusivos do Brasil. A literatura aponta a objeção de consciência como um importante entrave na assistência à mulher em situação de violência sexual<sup>28,29</sup>. Embora seja mais frequente na América Latina, devido a questões culturais e religiosas<sup>5</sup>, o uso dessa prerrogativa por prestadores dos serviços de saúde reprodutiva tem causado preocupação também na Europa. Segundo o Ministério da Saúde italiano, em 2008, quase 70% dos ginecologistas na Itália se recusaram a realizar abortos por motivos morais<sup>3</sup>.

Não existem dados oficiais e institucionais conhecidos até o momento sobre os números da objeção de consciência no Brasil e esse silenciamento é, em si, sintomático, posto que aquilo que não se registra é mais facilmente negligenciado. Alie-se a ele as contradições dos esquecimentos discursivos encontrados e chegamos ao contingente do enunciatório e a suas intencionalidades ocultas<sup>24</sup>. Uma rede eficaz de assistência à mulher em situação de violência sexual, além dos cuidados específicos, disponibiliza a contracepção de emergência<sup>2,4</sup>, reduzindo o número de gestações decorrentes de estupros e conseqüentemente a necessidade do procedimento abortivo<sup>30</sup>. Uma norma técnica específica padronizou o atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência, para fins de acolhimento, administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as IST, doenças virais e bacterianas<sup>31</sup>. A interrupção da gestação ficaria, portanto, restrita às falhas<sup>32</sup>. Nesse contexto, a recusa dos profissionais em atender mulheres em situação de violência sexual mesmo na ausência de uma gestação não apenas contraria princípios morais e éticos que regem a área da saúde<sup>33</sup>, como contribui para o aumento do número de abortamentos a serem realizados<sup>32</sup>. Suas ações fomentam, portanto, aquilo que suas consciências objetam.

Ocorre que a objeção de consciência se destaca de outras barreiras regulatórias à interrupção legal da gestação<sup>32,34</sup> por basear-se em princípios morais, religiosos e/ou filosóficos<sup>12</sup>. Desse modo, como formação discursiva, a prerrogativa carrega todo o peso das regras morais hegemônicas e a elas se alinha ideologicamente. Considerando que a ordem social determina os modos de simbolização das diferentes violências, não é à toa que as formações discursivas acerca da objeção de consciência se aproximam do artifício da moralidade que rege quem receberá a chancela social de vítima de violência sexual e quem será colocada na berlinda<sup>35</sup>. Essa normatização fortalece as estruturas que construíram o estereótipo da mulher como um ser ardiloso que tenderá a mentir em seus relatos sobre o estupro<sup>36,37,38</sup>. Nesse processo, resta à mulher o ônus da prova, ignorando-se a prerrogativa de presunção de veracidade, presente no *Código Penal*<sup>7</sup>. Não se pode – nem se pretende – negar a ocorrência de relatos inverídicos, o que é verdade para qualquer queixa crime. A exceção, entretanto, não deveria ser justificativa ante o risco de revitimização. É paradoxal. De um lado, afirma-se duvidar da mulher para que se cumpra a lei, por outro, se atua limitando um direito assegurado. O resultado dessas ações gera uma lacuna entre a lei e sua efetivação<sup>26</sup>.

Tais disparates evidenciam que, para além de normas legais e da objeção de consciência, o que há é um complexo mecanismo ideológico de controle dos corpos dessas mulheres<sup>39</sup>, ancorado em princípios morais<sup>40,41,42</sup>. Sendo pessoas cujas subjetividades foram construídas em meio a esses processos discursivos<sup>43</sup>, muitos profissionais os naturalizaram em suas práticas assistenciais. Isso ocorre porque “a identidade, nessa concepção sociológica, preenche o espaço entre o ‘interior’ e o ‘exterior’ – entre o mundo pessoal e o mundo público”<sup>44</sup> (p. 11). A primazia da dúvida sobre cuidado é, portanto, reflexo da estrutura social que tende à culpabilização preliminar da vítima de violência sexual<sup>41,42,43,44,45,46</sup>. Para além da recusa de atendimento, de encaminhamento para o serviço ou profissional habilitado e da revitimização, a desestruturação intencional da rede culmina no aumento da mortalidade dessas mulheres na medida em que aumenta a busca por abortamentos clandestinos<sup>28</sup>. Além disso, reforça-se uma estrutura social em que a subjetividade feminina sucumbe ante sua capacidade reprodutiva<sup>45,47,48</sup>, além de predispor-las a sofrimento psíquico. Mulheres que dão continuidade a gestações decorrentes de violência sexual têm maior probabilidade de desenvolver problemas associados à saúde mental<sup>39</sup>.

A vigilância e a consequente punição, todavia, não se restringem às mulheres. Os profissionais que participam efetivamente da assistência às mulheres em situação de violência sexual também são estigmatizados e sofrem diferentes formas de punição<sup>29,30</sup>, o que reforça os silenciamentos<sup>49,50</sup>. Constrói-se, assim, uma norma institucional tácita, silenciosa e não escrita, mas que vigora por coadunar com formações ideológicas correntes na sociedade. O medo da estigmatização pelos pares<sup>1,29</sup> alia-se a um arcabouço cultural que legitima a violência sexual e culpabiliza a vítima, e serve como estrutura e sustentação para as formações ideológicas evidenciadas neste estudo.

Leis e políticas públicas são cruciais para a manutenção de direitos sexuais e reprodutivos<sup>51,52</sup>, e isto deve ser ressaltado em um momento político em que se discute perda de direitos. Leis e políticas, contudo, são executadas por pessoas, cujas subjetividades foram moldadas em um contexto ideológico<sup>43</sup>. Essas pessoas reproduzem esse contexto na assistência, de modo que a rede não se estrutura por uma sabotagem interna, seja essa intencionalidade consciente ou não. Vale ressaltar que não cabe a culpabilização do profissional que reclama para si a prerrogativa. Mesmo porque a existência de uma rede bem regulamentada, com a implementação de um mecanismo para encaminhamentos oportunos e sistemáticos, asseguraria que a objeção de consciência fosse uma decisão individual sem riscos para os direitos sexuais e reprodutivos<sup>2</sup>. A inexistência de uma rede efetiva, contudo, compartilha com as formações discursivas acerca da objeção de consciência a mesma origem ideológica, sendo necessário descortiná-las a fim de encontrar uma solução efetiva.

### Considerações finais

A análise das formações ideológicas relacionadas à objeção de consciência ao abortamento legal decorrente de violência sexual evidencia intencionalidades ancoradas no cerceamento de direitos, no punitivismo e no estigma social. A objeção de consciência como formação discursiva foi resignificada, a fim de compor um complexo e refinado sistema de sabotagem interna – consciente e inconsciente – dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual, apesar dos marcos e avanços legais. A mencionada prerrogativa, conquanto seja um direito profissional, não pode justificar a violação de seus direitos ou a revitimização por posturas punitivas. Igualmente, a objeção não pode jogar essas mulheres para a morte na clandestinidade dos abortos sem assistência adequada.

Como desdobramento desta pesquisa, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos com foco no acesso à interrupção legal da gestação, bem como no estabelecimento e análise de registros institucionais sobre as barreiras estruturais e subjetivas à efetivação dos serviços.

### Colaboradores

J. G. O. Branco, A. V. M. Brillhante e L. J. E. S. Vieira participaram da concepção, planejamento, análise dos resultados e redação do manuscrito. A. G. Manso colaborou na concepção e na aprovação do texto final.

### Informações adicionais

ORCID: July Grassiely de Oliveira Branco (0000-0001-6188-9745); Aline Veras Moraes Brillhante (0000-0002-3925-4898); Luiza Jane Eyre de Souza Vieira (0000-0002-5220-027X); Almudena Garcia Manso (0000-0002-8781-5020).

### Referências

1. Faúndes A, Duarte AG, Osis MJD. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123 Suppl 3:S57-9.
2. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; Suppl 3:S63-5.
3. Zampas C, Andion-Ibanez X. Conscientious objection to sexual and reproductive health services: international human rights standards and European law and practice. *Eur J Health Law* 2012; 19:231-56.

4. Lema VM. Conscientious objection and reproductive health service delivery in sub-Saharan Africa. *Afr J Reprod Health* 2012; 16:15-21.
5. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Latin America. Toronto: University of Toronto; 2005.
6. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940; 31 dez.
7. Estado de Iowa aprova lei mais restritiva ao aborto nos Estados Unidos. Folha de S.Paulo 2018; 2 mai. <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/05/estado-de-iowa-aprova-lei-mais-restritiva-ao-aborto-nos-estados-unidos.shtml>.
8. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Åhman E, Henshaw SH, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379:625-32.
9. Quinter-Roa EM, Ochoa-Vera ME. Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo. *Rev Salud Pública* 2015; 17:776-88.
10. Brooke RJ, Kismodi E, Dragoman MV, Temmerman M. Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123 Suppl 3:S60-2.
11. Brasil. Lei nº 12.845, de 1ª de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União 2013; 2 ago.
12. Santos J, Drezett J, Alves AL. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. *Reprod Clim* 2015; 30:25-32.
13. Dan EMC. O discurso sobre a anormalidade nas práticas judiciais. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris; 2014.
14. Dornelles JR. O que é crime. São Paulo: Editora Brasiliense; 1988.
15. Pêcheux M. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. 5ª Ed. São Paulo: Editora Unicamp; 2016.
16. Costa M. Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública. *Revista Espaço Acadêmico* 2018; 200:1-12.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese, 2010 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> (acessado em 10/Jun/2018).
18. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil básico municipal Fortaleza; 2016. [http://www.ipece.ce.gov.br/perfil\\_basico\\_municipal/2016/Fortaleza.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2016/Fortaleza.pdf) (acessado em 28/Fev/2017).
19. Seguridad, Justicia y Paz. Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y Justicia Penal AC. Metodología del ranking (2017) de las 50 ciudades más violentas del mundo. <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/prensa/send/6-prensa/242-las-50ciudades-mas-violentas-del-mundo-2017-metodologia> (acessado em 10/Jun/2018).
20. Observem. Filtro de pesquisa estatística da violência contra a mulher em Fortaleza em 2017. <http://observem.com.br/page/estatisticas> (acessado em 10/Jun/2018).
21. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* 2014; 22:203-20.
22. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. 2ª Ed. Porto Alegre: Penso Editora; 2013.
23. Orlandi EP. Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Editora Pontes; 2001.
24. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 8ª Ed. Campinas: Editora Pontes; 2009.
25. Pêcheux M, Fuchs C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: Gadet F, Hak T, organizadores. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 3ª Ed. Campinas: Editora da Unicamp; 1997. p. 163-252.
26. Prata MCS, Campos RSP, Souza LBLN, Fernandes GL, Hime LDFCC. Abortamento entre mulheres vítimas de violência sexual: conflitos e desafios. *Revista de Atenção à Saúde* 2015; 13:106-12.
27. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:981-5.
28. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:563-72.
29. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters* 2014; 22:141-8.
30. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med* 2013; 40:126-30.
31. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 6).
32. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:345-53.
33. Conselho Federal de Medicina. Revisão do Código de Ética Médica. <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap2> (acessado em 10/Jun/2018).
34. Blake MT, Drezette J, Machi GC, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira RF, et al. Factors associated to late-term abortion after rape: literature review. *Reprod Clim* 2014; 29:60-5.
35. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista de Bioética* 2014; 22:291-8.

36. Minayo MCS. Violência um problema de saúde dos brasileiros. In: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
37. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1755-63.
38. Basow SA, Minieri A. You owe me. Effects of date cost, who pays, participant gender, and rape myth beliefs on perceptions of rape. *J Interpers Violence* 2011; 26:479-97.
39. Scott J, Rouhani S, Greiner A, Albutt K, Kuwert P, Hacker MR, et al. Respondent-driven sampling to assess mental health outcomes, stigma and acceptance among women raising children born from sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo. *BMJ Open* 2015; 5:e007057.
40. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 4ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.
41. Lacerda LA. Barreiras enfrentadas pelas mulheres na interrupção legal da gravidez em casos de violência sexual. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499469192\\_ARQUIVO\\_Barreirasenfrentadaspelasmulheresnainterrupcaolegaldagravidemcasosdeviolenciasexual.Lacerda,Lais.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499469192_ARQUIVO_Barreirasenfrentadaspelasmulheresnainterrupcaolegaldagravidemcasosdeviolenciasexual.Lacerda,Lais.pdf) (acessado em 10/Jun/2018).
42. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
43. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1995; 20:71-99.
44. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2015.
45. Despentes V. Teoria King Kong. São Paulo: n-1E edições; 2016.
46. Saffioti HIB. Gênero patriarcado violência. 4ª Ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo; 2015.
47. Davis A. Mulheres, raça e classe. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo; 2016.
48. Beauvoir S. O segundo sexo: fatos e mitos. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016.
49. Montesinos-Segura R, Alvarado-Zeballos S, Acevedo-Villar T, Dávila-Adrianzén A, Taype-Rondan A. Opinión de estudiantes de medicina sobre la legalización del aborto en casos de violación, y sus factores asociados, Perú, 2015. *Acta Méd Peru* 2016; 33:267-74.
50. Diniz D. Três gerações de mulheres. In: Pinsky CB, Pedro JM, organizadores. História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 2016. p. 313-32.
51. Biroli F. O debate sobre aborto. In: Miguel LF, Biroli F, organizadores. Feminismo e política. São Paulo: Boitempo; 2014. p. 123-30.
52. Biroli F. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2018.

## Abstract

*This article sought to understand objection of conscience based on an analysis of the ideological formations that permeate access to legal abortion in cases of sexual violence in the perspective of workers and managers who work at reference centers. It is a qualitative research with semi-structured interviews of 20 workers (six of whom were also managers) of these services. The study used discourse analysis. Results show that objection of conscience emerged as a central discursive element. The contextualized analysis of the discourses showed an instrumentalization of the prerogative according to ideological reasons, flowing toward the organization of the following categories: the instrumentalization of objection of conscience and the disarticulation of the network; and instrumentalization of the objection of conscience in order to surveil and punish. We conclude that objection of conscience as discursive formation was re-signified so as to compose a complex and refined system of internal sabotage – both conscious and unconscious – of the health care services for women victims of sexual violence, despite the existing legal framework and advancements.*

*Legal Abortion; Sex Offenses; Health Care (Public Health)*

## Resumen

*El objetivo de este artículo fue comprender la objeción de conciencia, a partir del análisis de las formaciones ideológicas que permean el acceso al aborto legal ocasionado por violencia sexual, en la concepción de trabajadores y gestores que actúan en servicios de referencia. Se trata de una investigación cualitativa mediante la participación de 20 trabajadores (seis ejercían, también, la gestión) de estos servicios en un guión de entrevista semiestructurado. El método de análisis utilizado fue el análisis del discurso. Los resultados evidencian que la objeción de conciencia emergió como elemento discursivo central a las mismas. El análisis contextualizado de los discursos evidenció una instrumentalización de la prerrogativa por razones ideológicas, confluyendo a la organización de los resultados en las siguientes categorías: la instrumentalización de la objeción de conciencia y la desarticulación de la red, así como la instrumentalización de la objeción de conciencia, a fin de vigilar y castigar. Se concluye que la objeción de conciencia como formación discursiva fue re-significada, con el fin de componer un complejo y refinado sistema de sabotaje interno – consciente e inconsciente – de los servicios de atención a la mujer en situación de violencia sexual, a pesar de los marcos y avances legales.*

*Aborto Legal; Delitos Sexuales; Atención a la Salud*

---

Recebido em 26/Fev/2019  
Versão final reapresentada em 08/Mai/2019  
Aprovado em 03/Jun/2019