



Objeção de consciência: Padrão Internacional de Direitos Humanos em Saúde Reprodutiva

NOTA DE POLÍTICA | OUTUBRO DE 2025



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA



CEDES
Centro de Estudios
de Estado y Sociedad



Objeção de consciência

Padrão Internacional de Direitos Humanos
em Saúde Reprodutiva



Objecção de consciência

Padrão Internacional de Direitos Humanos em Saúde Reprodutiva

Resumo	1
Contexto	3
Metodologia.....	5
Normas internacionais sobre objeção de consciência nos cuidados de saúde.....	6
Os Estados não são obrigados a reconhecer a objeção de consciência para profissionais de saúde individuais	6
Os Estados que reconhecem a objeção de consciência devem estabelecer limites ao seu exercício por profissionais de saúde individuais	9
Apenas os profissionais de saúde individuais, e não as instituições, podem exercer a objeção de consciência	12
Obrigações dos Estados que reconhecem a objeção de consciência na área da saúde..	16
Limites e deveres impostos pelos Estados aos profissionais de saúde que invocam a objeção de consciência	16
Salvaguardas institucionais em estados que reconhecem a objeção de consciência na área da saúde	21
Direitos humanos que exigem que os Estados regulamentem adequadamente a objeção de consciência na área da saúde.....	31
Direitos de pacientes	31
Direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal.....	31
Direito à igualdade e à não discriminação.....	34
Direito à proteção contra tratamento cruel, desumano ou degradante.....	35
Direitos de profissionais de saúde não-objetores a trabalhar em um ambiente livre de violência e discriminação	36
Papel e responsabilidades dos Estados na garantia da disponibilidade dos serviços de saúde	38
Democracia	38
Impacto negativo da objeção de consciência nos serviços de saúde	38
Conclusão	40
Agradecimentos	42

Resumo

Todos têm o direito humano ao mais alto padrão possível de saúde física e mental. Isso implica o acesso universal a bens e serviços de saúde de qualidade em igualdade de condições, incluindo o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e serviços de aborto. A objeção de consciência na área da saúde permite que profissionais de saúde optem por não realizar certas práticas de saúde por motivos de consciência. O tema da objeção de consciência na área da saúde, especialmente no que diz respeito aos serviços relacionados ao aborto, tem sido amplamente abordado por órgãos de direitos humanos em mais de 60 documentos. Este *policy brief* é um resumo de políticas que descreve, sistematiza e analisa o desenvolvimento legislativo e regulatório nacional e internacional da objeção de consciência na área da saúde em geral e em torno do aborto em particular, com o objetivo de fornecer um quadro abrangente para o desenvolvimento de leis e políticas de saúde que estejam alinhadas aos padrões internacionais e protejam os direitos de pacientes e profissionais de saúde.

A primeira seção fornece uma visão geral de alto nível do consenso internacional em evolução sobre os direitos humanos em relação à objeção de consciência na área da saúde. Esta análise das interpretações dos órgãos de direitos humanos indica que o direito internacional não exige que os Estados reconheçam ou permitam a objeção de consciência na área da saúde, incluindo no que diz respeito aos serviços de saúde relacionados aborto, uma vez que o dever primordial do Estado é cuidar do indivíduo que procura cuidados de saúde.

A segunda seção lista as principais obrigações dos Estados que reconhecem a objeção de consciência na área da saúde, que são impostas aos profissionais de saúde ou cumpridas pelo próprio Estado (também conhecidas como “garantias institucionais”). Essas obrigações servem para garantir que a invocação da objeção de consciência respeite os direitos tanto das pessoas que procuram cuidados de saúde quanto dos prestadores desses serviços. Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos têm consistentemente concluído que a invocação da objeção de consciência por um profissional de saúde nunca deve resultar na limitação ou negação do acesso à saúde por outras pessoas, incluindo os serviços de aborto. Assim, se um Estado permite a objeção de consciência na área da saúde, deve regulamentar sua invocação. Os requisitos processuais mais comuns para que um profissional de saúde invoque a objeção de consciência são: informar o paciente em tempo hábil de que exercerá a objeção de consciência, encaminhar o paciente para outro profissional em tempo hábil

e informar o paciente dos seus direitos. Outra limitação à alegação da objeção de consciência por um profissional de saúde é que ele não pode invocá-la em situações de emergência ou de cuidados urgentes.

De acordo com órgãos de direitos humanos, as obrigações dos Estados incluem seus deveres de regulamentar claramente a objeção de consciência; proibir a objeção de consciência institucional; estabelecer mecanismos de encaminhamento; garantir a disponibilidade adequada de profissionais de saúde que não tenham objeção, inclusive contratando aqueles dispostos a prestar serviços de aborto; e estabelecer e implementar mecanismos de monitoramento, supervisão e sanção.

A terceira seção descreve os argumentos apresentados por órgãos de direitos humanos sobre porque os Estados devem regulamentar o uso da objeção de consciência para respeitar e proteger certos direitos humanos. Órgãos de direitos humanos referiram-se a três grupos de direitos como base para essas obrigações: os direitos dos pacientes ao acesso à saúde, incluindo serviços de saúde relacionados ao aborto, os direitos dos profissionais de saúde que não invocam a objeção (não-objetores) e as obrigações do Estado em relação à organização e prestação de serviços de saúde. Os direitos dos pacientes mais destacados são seus direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal; à igualdade e à não discriminação; e à proteção contra tratamento cruel, desumano e degradante. Os direitos dos profissionais de saúde que não objetores dizem respeito especificamente ao seu direito de trabalhar em um ambiente livre de violência e discriminação. Por fim, os argumentos fundamentados nas obrigações do Estado se baseiam na democracia e no impacto negativo da objeção de consciência nos serviços de saúde.

Contexto

A objeção de consciência na área da saúde permite que os profissionais de saúde optem por não realizar certas práticas de saúde por motivos de consciência. A objeção de consciência à prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, como o aborto, tem sido uma questão central de direitos humanos nas últimas décadas. Tanto a Organização das Nações Unidas¹ quanto os sistemas regionais de direitos humanos têm abordado cada vez mais a objeção de consciência neste contexto em suas respectivas decisões judiciais, relatórios, recomendações e outras declarações. Em nível regional, esta questão está ganhando destaque, especialmente no sistema europeu² e, progressivamente, nos sistemas africano³ e interamericano.⁴

Essa tendência também existe em nível nacional. Várias leis e regulamentos nacionais em quase 100 países preveem a objeção de consciência na área da saúde e, muitas vezes, fazem referência específica à prestação de serviços de aborto.⁵

Embora muitas leis e regulamentos que reconhecem a objeção de consciência tentem equilibrar os direitos das pessoas que procuram serviços de saúde e dos profissionais de saúde, esse equilíbrio tem sido frequentemente ausente, contestado ou difícil de

¹ No âmbito do sistema da Organização das Nações Unidas, a objeção de consciência na área da saúde foi explicitamente abordada em pelo menos 36 pronunciamentos, emitidos pelo Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Comitê CEDAW), o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Assembleia Geral das Nações Unidas, o Comitê de Direitos Humanos da ONU, o Comitê contra a Tortura, o Comitê dos Direitos da Criança, o Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e o Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres.

² O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos emitiu seis acórdãos sobre a objeção de consciência em matéria de aborto, contracepção e diagnóstico pré-natal, e o Comitê Europeu dos Direitos Sociais emitiu três decisões. Além disso, o Parlamento Europeu, o Conselho da Europa, o Comissário para os Direitos Humanos do Conselho da Europa e a Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa emitiram pelo menos 13 pronunciamentos não vinculativos sobre a objeção de consciência.

³ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (ACHPR), Comentário Geral n.º 1 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas d) e e), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, <https://achpr.au.int/index.php/en/node/855>, parágrafo 31 (acessado em 19 de novembro de 2024); e ACHPR, Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas 31 (acessado em 19 de novembro de 2024); e ACHPR, Comentário Geral n.º 2 sobre o Artigo 14.1 (a), (b), (c) e (f) e o Artigo 14. 2 (a) e (c) do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, [https://achpr.au.int/index.php/en/node/854#:~:text=Under%20Article%2014%20\(2\)%20,\(physical%20health%20of%20the%20mother](https://achpr.au.int/index.php/en/node/854#:~:text=Under%20Article%2014%20(2)%20,(physical%20health%20of%20the%20mother), parágrafos 25 e 26 (acessado em 19 de novembro de 2024).

⁴ A Comissão Interamericana de Direitos Humanos publicou três relatórios sobre objeção de consciência. O Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará (MESECVI) também abordou este tema.

⁵ Ver Ramón Michel A. e Repka D. M., Mapa global de normas sobre objeção de consciência ao aborto (*Mapa global de normas sobre objeción de conciencia en aborto*), REDAAS & Ipas, 2021, <https://redaas.org.ar/objencion-de-conciencia/global-map-of-norms-regarding-conscientious-objection-to-abortion/> (acessado em 19 de novembro de 2024).

alcançar. A recusa em prestar cuidados médicos com base na objeção de consciência tem sido um obstáculo significativo ao acesso de mulheres e meninas a serviços de saúde essenciais.⁶ Como resultado, inúmeros recursos foram apresentados a tribunais e órgãos internacionais de direitos humanos, buscando clareza sobre quando a objeção de consciência pode ser invocada e soluções para o impacto dessa prática no acesso de mulheres e meninas.⁷

Consequentemente, surgiu um conjunto robusto de padrões internacionais que se tornou uma ferramenta importante para governos, tomadores de decisão, ativistas e organizações da sociedade civil que buscam defender e promover os direitos humanos no contexto da objeção de consciência na área da saúde, particularmente no que diz respeito ao aborto.⁸

⁶ Existem publicações sobre o impacto negativo da objeção de consciência nas mulheres. Ver, por exemplo: Autorino, T., *The Impact of Gynecologists' Conscientious Objection on Abortion Access*, *Social Science Research*, 87, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X20300016>, pp. 8-16 (acessado em 19 de novembro de 2024); Davis, J. M., Haining, C. M., & Keogh, L. A., *A Narrative Literature Review of the Impact of Conscientious Objection by Health Professionals on Women's Access to Abortion Worldwide 2013-2021*, *Global Public Health*, 17(9), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35129083/> (A objeção de consciência no sistema de saúde: uma revisão da literatura), pp. 2190-2205 (acessado em 19 de novembro de 2024); Shanawani, H., *The Challenges of Conscientious Objection in Health Care (Os desafios da objeção de consciência na área da saúde)*, *Journal of Religion and Health*, 55(2), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26923838/> (A objeção de consciência à assistência médica em casos de aborto), pp. 384-393 (acessado em 19 de novembro de 2024); Ramón Michel, A., Kung, S., López-Salm, A., & Ariza Navarrete, S., *Regulamentando a objeção de consciência ao aborto legal na Argentina: levando em consideração seus usos e consequências*, *Saúde e Direitos Humanos*, 22(2), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7762910/> (A objeção de consciência ao aborto na Argentina: uma análise da jurisprudência e da legislação), p. 271 (acessado em 19 de novembro de 2024); Bertolé, G., *Abortion in South Africa: The Consequences of Conscientious Objection (O aborto na África do Sul: as consequências da objeção de consciência)*, *LSE International Development Review*, 1(2), https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/Abortion_in_South_Africa_The_Consequences_of_Conscientious_Objection.pdf (acessado em 19 de novembro de 2024); Haaland, M. E., Haukanes, H., Zulu, J. M., Moland, K. M., & Blystad, A., *Silent Politics and Unknown Numbers: Rural Health Bureaucrats and Zambian Abortion Policy*, *Social Science & Medicine*, 251, 112909, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620301283> (acessado em 19 de novembro de 2024); e Ramón Michel A., Undurraga V., Cabrera O. (comp.), *La Objeción de Conciencia en el Área de Salud*, Siglo del Hombre, Uniandes, 2024, <https://www.jstor.org/stable/jj.12228591> (acessado em 19 de novembro de 2024).

⁷ Ver, por exemplo: Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia* (Appl. No. 43726/17) de 11 de fevereiro de 2020; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia* (Appl. No. 27617/04) 28 de novembro de 2011; Comitê Europeu dos Direitos Sociais, Federação Internacional de Planejamento Familiar - Rede Europeia (IPPF-EN) v. Itália, Recurso n.º 87/2012, decisão sobre o mérito de 10 de setembro de 2013; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, “*P. e S. v. Polônia*” (Recurso n.º 57375/08).

⁸ Michel, Agustina Ramón, Verónica Undurraga, Óscar A. Cabrera e Andrés Constantin, eds. *La Objeción de Conciencia En El Área de La Salud En América Latina*. 1ª ed. Siglo del Hombre Editores S.A., 2024. <https://doi.org/10.2307/jj.12228591> (acessado em 19 de novembro de 2024).

Metodologia

Para este *policy brief*, o Centro de Estudos do Estado e da Sociedade (CEDES) realizou uma pesquisa documental exaustiva entre maio de 2020 e dezembro de 2023. O CEDES pesquisou fontes jurídicas primárias em nível nacional e internacional, analisando um corpus de mais de 400 leis e regulamentos de 180 países e de todos os sistemas internacionais e regionais de direitos humanos.⁹ O CEDES também examinou 13 casos contenciosos em tribunais internacionais que se referiam explicitamente à objeção de consciência. Além disso, o CEDES analisou 53 documentos não vinculativos emitidos por órgãos internacionais e regionais de direitos humanos, incluindo observações finais sobre países, comentários gerais, recomendações e outras declarações.

Com base em sua análise, o CEDES determinou áreas de consenso crescente dentro dos sistemas internacionais e regionais de direitos humanos em relação à regulamentação da objeção de consciência ao aborto, que este documento descreve.

Este documento visa apresentar uma estrutura abrangente e baseada em evidências para orientar o desenvolvimento, a reforma e a implementação de leis, regulamentos e políticas públicas de saúde relacionadas à objeção de consciência na área da saúde, a fim de garantir que estejam alinhados com os padrões internacionais de direitos humanos relevantes. Assim, destina-se principalmente a tomadores de decisão e especialistas em políticas de saúde pública e direitos sexuais e reprodutivos. Ele não prescreve como tais leis, regulamentos e políticas públicas devem ser redigidos, nem realiza uma análise sociojurídica das razões pelas quais foram redigidos da forma como se apresentam.

⁹ Ver Mapa Global de Normas relativas à Objeção de Consciência ao Aborto, 2024, <https://redaas.org.ar/objencion-de-conciencia/mapa-global-sobre-objencion-de-conciencia/> (acessado em 19 de novembro de 2024).

Padrões internacionais sobre objeção de consciência na área da saúde

Vários tribunais e órgãos de proteção de sistemas internacionais e regionais de direitos humanos têm apresentado interpretações cada vez mais robustas, estáveis e consistentes acerca do direito internacional dos direitos humanos no que diz respeito à objeção de consciência na área da saúde. De acordo com a análise de todos esses documentos, existem três consensos jurídicos:

- Os Estados não são obrigados a reconhecer a objeção de consciência dos profissionais de saúde;
- Os Estados que reconhecem a objeção de consciência devem estabelecer limites ao seu exercício por profissionais de saúde individuais, a fim de garantir que ela não se torne uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde; e
- Apenas os profissionais de saúde individuais, e não as instituições, podem exercer a objeção de consciência.

Os Estados não são obrigados a reconhecer a objeção de consciência para profissionais de saúde individuais

Nenhum tratado, convenção ou decisão de direito internacional impõe o reconhecimento obrigatório da objeção de consciência em geral ou especificamente em relação ao aborto. Na verdade, a objeção de consciência só é mencionada explicitamente nesses documentos no contexto de um direito que pode ser invocado em resposta ao alistamento militar forçado. Isso pode ser visto no artigo 8º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e no artigo 4º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH).

Em outras palavras, não há nenhuma fonte de direito internacional que imponha aos Estados a obrigação de reconhecer o direito dos profissionais de saúde à objeção de consciência ou de garantir-lo em seus sistemas de saúde. Em vez disso, os Estados podem optar por proibir ou restringir o escopo da objeção de consciência em seus ordenamentos jurídicos internos.

Isso é particularmente evidente nos julgamentos e interpretações do sistema europeu de direitos humanos. No caso *Pichon e Sajous v. França*, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) considerou que o direito à liberdade de pensamento,

consciência e religião (consagrado no artigo 9.º da CEDH) nem sempre garante o direito de se comportar em público de acordo com as próprias convicções. Especificamente, decidiu que o artigo 9.º não confere aos farmacêuticos o direito de recusar a venda de contraceptivos legais prescritos por médicos.¹⁰

No caso *Grimmark v. a Suécia*, o TEDH considerou que as leis suecas, que exigem que parteiras realizem abortos legais, tinham o objetivo legítimo de proteger a saúde das mulheres. Considerou também que a interferência nos direitos do artigo 9.º da requerente, que se recusou a realizar abortos com base na sua religião e consciência, era proporcional e necessária numa sociedade democrática.¹¹

Comitê Europeu dos Direitos Sociais, *Federação das Famílias Católicas na Europa (FAFCE) contra a Suécia*, Queixa n.º 99/2013

Em 2013, a Federação das Famílias Católicas na Europa (FAFCE) apresentou uma queixa contra a Suécia ao Comitê Europeu dos Direitos Sociais. A FAFCE alegou que a Suécia estava violando o direito à saúde e à não discriminação, entre outras razões, por não dispor de um arcabouço jurídico e político nacional que regulasse a objeção de consciência dos profissionais de saúde ou o direito desses profissionais de se recusarem a participar de serviços de saúde relacionados a aborto.¹²

Segundo a FAFCE, isso forçou os profissionais de saúde a realizarem abortos contra a sua consciência, entre outras coisas.¹³

O comitê concluiu que a lei sueca não violava a Carta Social Europeia. Ao chegar a essa decisão, o Comitê Europeu dos Direitos Sociais considerou que o direito à saúde consagrado no artigo 11 da Carta Social Europeia não impõe aos Estados Partes a *dever de garantir* o direito dos profissionais de saúde de se oporem por motivos de consciência.¹⁴ Afirmou ainda

¹⁰ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Pichon e Sajous v. França*, Processo n.º 49853/99, 2001, [https://clacaidental.info/handle/123456789/1910](https://clacaigital.info/handle/123456789/1910) (acessado em 20 de novembro de 2024).

¹¹ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia* (Ap. n.º 43726/17) de 11 de fevereiro de 2020.

¹² Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Federação das Associações Católicas de Famílias na Europa (FAFCE) v. a Suécia*, Processo n.º 99/2013, https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEfkJmH2bYG/content/no-99-2013-federation-of-catholic-family-associations-in-europe-fafce-v-sweden; <https://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-99-2013-dmerits-en> (Direito internacional e direitos humanos), parágrafo 37.

¹³ Ibid.

¹⁴ Comitê Europeu dos Direitos Sociais, *Federação das Famílias Católicas na Europa (FAFCE) v. Suécia*, Decisão sobre o mérito, 2015, <https://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-99-2013-dmerits-en>, parágrafo 70.

que o artigo 11 não “confere o direito à objeção de consciência aos profissionais do sistema de saúde de um Estado Parte”.¹⁵ Decidiu que, que como o artigo 11.^º não se aplica ao caso, não há discriminação se os profissionais de saúde não têm o direito de exercer a objeção de consciência.¹⁶

Em contrapartida, considerou que o direito à saúde exige que os Estados Partes garantam o acesso a cuidados de saúde adequados, o que inclui o direito à saúde das mulheres que procuram serviços de aborto. Para destacar este ponto, o Comitê mencionou uma queixa apresentada contra a Itália.¹⁷ Os fatos dessa queixa eram que, em consequência da má aplicação da lei sobre objeção de consciência, cerca de 70% dos ginecologistas eram objetores de consciência em 2009, dificultando o acesso a serviços de aborto para mulheres, meninas e gestantes em grande parte da Itália.¹⁸



Em todo o mundo

Apenas três países proibiram explicitamente a objeção de consciência na área da saúde em todos os casos: Etiópia, Finlândia e Suécia. Eles têm o direito de adotar essa postura sob o direito internacional.

Alguns países permanecem em silêncio sobre a questão. No entanto, a maioria dos sistemas jurídicos nacionais permite que os profissionais de saúde optem por não prestar serviços por motivos de consciência, embora sujeitos a condições e limites.

¹⁵ Ibid., parágrafo 71.

¹⁶ Ibid., parágrafos 69, 72.

¹⁷ Ibid., parágrafo 70.

¹⁸ Ibid., parágrafos 27, 169 e 174.

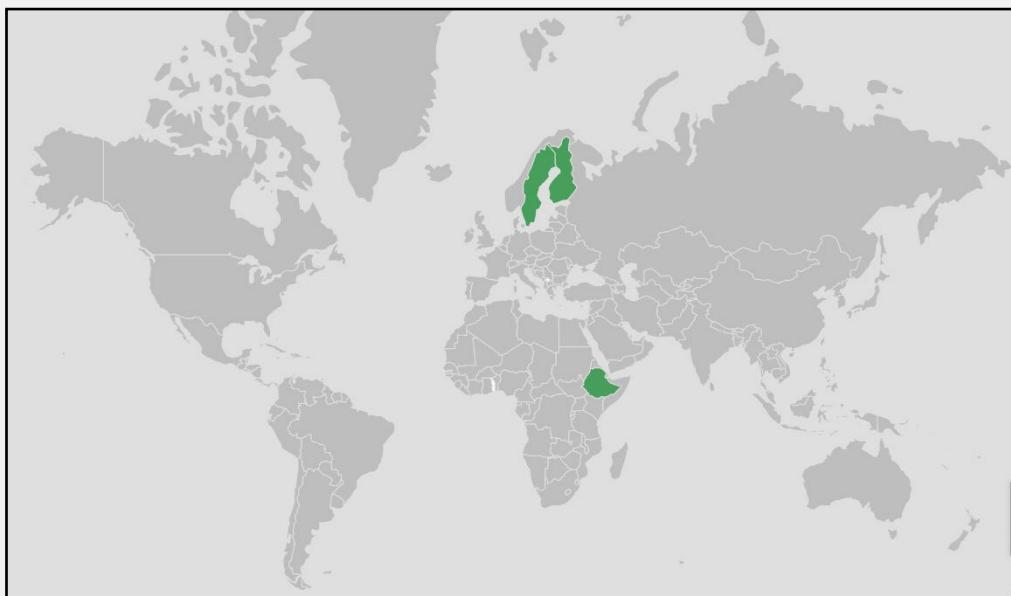


Imagen 1: Países que proíbem a objeção de consciência na área da saúde. © Ramón Michel A, Repka D., Mapa Global de Normas relativas à Objeção de Consciência ao Aborto, Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021 [atualizado em junho de 2024], disponível em <https://redaas.org.ar/objencion-de-conciencia/global-map-of-norms-regarding-conscientious-objection-to-abortion/>.

Os Estados que reconhecem a objeção de consciência devem estabelecer limites ao seu exercício por profissionais de saúde individuais

Inúmeras decisões e pronunciamentos internacionais e regionais estipulam que os Estados que optam por reconhecer a objeção de consciência na área da saúde devem estabelecer limites ao seu exercício.

Embora nem todos os tribunais regionais de direitos humanos tenham proferido decisões sobre esta questão, quatro decisões do TEDH¹⁹ delineiam a necessidade de uma delimitação clara da objeção de consciência nos cuidados de saúde. Estas decisões enfatizam que os Estados devem organizar o seu sistema de saúde de forma que o exercício da objeção de consciência por parte de profissionais de saúde individuais não obstrua os direitos de mulheres e meninas de acessar os serviços de saúde permitidos por lei.

¹⁹ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiąc v. Polônia*, 24 de setembro de 2007, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:\[%22001-76165%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:[%22001-76165%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024); Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia*, Appl. No. 27617/04, 28 de novembro de 2011, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-104911%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-104911%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024); Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia*, Appl. No. 43726/17, 11 de fevereiro de 2020, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-201915%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-201915%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024); e Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Steen v. Suécia*, Appl. No. 43726/17, 11 de fevereiro de 2020, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-201732%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-201732%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024).

Esta posição também existe em instrumentos de soft law internacionais e regionais. Embora não sejam juridicamente vinculantes, os instrumentos de soft law frequentemente exercem uma influência significativa nas decisões e no comportamento de Estados, organizações e atores privados, pois estabelecem padrões e fornecem orientações sobre direitos humanos.

Cinquenta e quatro pronunciamentos de soft law, incluindo observações finais sobre países, comentários gerais, recomendações ou outras declarações, enfatizam a necessidade de impor limites à objeção de consciência. Dez deles provêm de mecanismos de direitos humanos da ONU,²⁰ cinco do sistema europeu,²¹ dois do sistema americano,²² e um do sistema africano,²³ indicando um amplo consenso de que o uso da objeção de consciência deve ser restringido.

Em contrapartida, nenhum instrumento ou pronunciamento internacional ou regional exige que os Estados reconheçam um direito amplo à objeção de consciência, conforme delineado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) em seu relatório de 2011, “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”. Este relatório refere-se com aprovação à decisão de 2008 do Tribunal Constitucional da Colômbia que delineou restrições claras ao uso da objeção de consciência, conforme detalhado na caixa de texto abaixo.²⁴

²⁰ Os dez mecanismos da ONU são: o Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Assembleia Geral das Nações Unidas, o Comitê de Direitos Humanos da ONU, o Comitê contra a Tortura, o Comitê dos Direitos da Criança, o Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e o Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres.

²¹ Os cinco mecanismos europeus são: o Parlamento Europeu, o Conselho da Europa, o Comissário para os Direitos Humanos do Conselho da Europa, a Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa e o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos.

²² Os dois mecanismos americanos são: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e o Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará (MESECVI).

²³ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, órgão que monitora a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, a convenção de direitos humanos mais importante da região.

²⁴ Comissão Interamericana de Direitos Humanos, “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, https://www.oas.org/en/iachr/docs/annual/2012/women_access_information.pdf, parágrafos 97-98 (acessado em 20 de novembro de 2024)

 Comissão Interamericana de Direitos Humanos, “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 97 e 98

A CIDH listou alguns fatores dignos de nota com relação ao alcance da objeção de consciência, conforme determinado pelo Tribunal Constitucional da Colômbia:

- A objeção de consciência não é um direito de pessoas jurídicas ou do Estado; ela só pode ser reconhecida às pessoas físicas.
- Nos casos em que um médico invoca a objeção de consciência, ele deve encaminhar a mulher a outro médico que possa prestar o serviço médico solicitado, sem prejuízo de uma determinação posterior sobre a aplicabilidade e relevância da objeção de consciência, por meio dos mecanismos estabelecidos pela profissão médica.
- A objeção de consciência é uma decisão individual, não institucional ou coletiva.
- A objeção de consciência aplica-se apenas aos prestadores de serviços diretos e não ao pessoal administrativo.
- A objeção de consciência se aplica quando envolve verdadeiramente uma convicção religiosa devidamente fundamentada e apresentada por escrito. O médico que a invocar deve cumprir a obrigação de encaminhar imediatamente a mulher a um médico que possa prestar o serviço de saúde reprodutiva solicitado, a fim de evitar que a recusa se torne um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva.

A CIDH também observou que o Tribunal Constitucional da Colômbia ressaltou que o exercício do direito à objeção de consciência não pode ser utilizado para discriminar ou violar os direitos das mulheres.

A exigência de limitar a objeção de consciência traduziu-se em dois tipos de deveres legais: deveres dos Estados, também conhecidos como “salvaguardas institucionais”, e deveres dos profissionais de saúde que se opõem. Ambos os tipos de deveres garantem que o exercício da objeção de consciência não comprometa os direitos dos pacientes e de outros profissionais de saúde, nem o acesso a serviços de saúde essenciais, especialmente em situações de emergência.



Em todo o mundo

A maioria dos países que optaram por reconhecer a objeção de consciência impôs limites ao seu uso, seja na forma de salvaguardas institucionais e/ou deveres dos profissionais de saúde.



Imagen 2: Países que possuem leis que permitem aos profissionais de saúde invocarem a objeção de consciência, mas sujeita a várias limitações.

Fonte: Ramón Michel A, Repka D. Mapa global de normas relativas à objeção de consciência ao aborto. Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021, atualizado em dezembro de 2024. Disponível em <https://redaas.org.ar/objecion-de-conciencia/global-map-of-norms-regarding-conscientious-objectio-to-abortion/>.

Apenas profissionais de saúde individuais, e não instituições, podem exercer a objeção de consciência

Todas as 67 decisões internacionais e regionais vinculativas e não vinculativas sobre objeção de consciência na área da saúde analisadas para este documento afirmam que a objeção de consciência só pode ser invocada por profissionais de saúde individuais. Nenhuma delas permite que instituições a exerçam.²⁵

²⁵ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiąc v. Polônia*; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia*; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. *P. e S. v. Polônia*, (Ap. n.º 57375/08), 30 de outubro de 2012, [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%{%22itemid%22:\[%222002-7226%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%{%22itemid%22:[%222002-7226%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024); Comitê Europeu dos Direitos Sociais, *Federação Internacional de Planejamento Familiar - Rede Europeia (IPPF-EN) v. Itália*, reclamação n.º 87/2012, decisão sobre o mérito de 10 de setembro de 2013, https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEFkJmH2bYG/content/no-87-2012-international-planned-parenthood-federation-european-network-ippf-en-v-italy (acessado em 20 de novembro de 2024); Comitê Europeu dos

Da mesma forma, o relator especial da ONU sobre liberdade de religião ou crença, especialista da ONU responsável por identificar e superar obstáculos ao exercício do direito à liberdade de religião ou crença, afirmou expressamente: “a objeção de consciência só deve ser permitida, se for o caso, para profissionais de saúde individuais”.²⁶

Este entendimento foi apoiado em outras declarações do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (Comitê CEDAW),²⁷ o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR),²⁸ o Comitê dos Direitos da Criança,²⁹ o Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática,³⁰ a CIDH,³¹ o

Direitos Sociais, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contra Itália*, reclamação n.º 91/2013, decisão sobre o mérito de 12 de outubro de 2015, [https://hudoc.esc.coe.int/eng/#%22sort%22:\[%22escpublicationdate%20descending%22\],%22escdcidentifier%22:\[%22cc-91-2013-dadmissandmerits-en%22\]}](https://hudoc.esc.coe.int/eng/#%22sort%22:[%22escpublicationdate%20descending%22],%22escdcidentifier%22:[%22cc-91-2013-dadmissandmerits-en%22]}), (accessed November 20, 2024); Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia*, (Appl. No. 43726/17), 11 de fevereiro de 2020, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#\[%22itemid%22:\[%22002-12769%22\]}}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#[%22itemid%22:[%22002-12769%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024); Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. *Steen v. Suécia*; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. México*, Processo n.º 161-02, Acordo Amigável de 9 de março de 2007, [https://clacaidental.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20Informe%202021%2007%20Peticion%202016-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://clacaigital.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20Informe%202021%2007%20Peticion%202016-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (accessed November 20, 2024); Comitê de Direitos Humanos da ONU, *K.L. v. Peru*, Comunicação n.º 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003, <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/KL-HRC-final-decision.pdf> (acessado em 20 de novembro de 2024); Comitê de Direitos Humanos da ONU, *L.M.R. v. Argentina*, Comunicação n.º 1608/07, Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007, <https://www.escr-net.org/caselaw/2013/lmr-v-argentina-un-doc-ccprc101d16082007/> (acessado em 20 de novembro de 2024); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, *L.C. v. Peru*, Comunicação nº 22/2009, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009, https://www2.ohchr.org/english/law/docs/cedaw-c-50-d-22-2009_sp.pdf (acessado em 20 de novembro de 2024); Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Costa e Pavan v. Itália* (Recurso nº 54270/10), [https://hudoc.echr.coe.int/eng#\[%22itemid%22:\[%22001-167455%22\]}}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#[%22itemid%22:[%22001-167455%22]}) (acessado em 20 de novembro de 2024); e Comitê Europeu dos Direitos Sociais, *Federação das Famílias Católicas na Europa (FAFCE) v. Suécia*.

²⁶ Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório do Relator Especial sobre a Liberdade de Religião ou Crença do Conselho de Direitos Humanos, “Violência e discriminação baseadas no gênero em nome da religião ou crença”, 43^a sessão, item 3, A/43/48, 24 de agosto de 2020, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/217/76/pdf/g2021776.pdf> (O direito à liberdade de expressão e de opinião e de liberdade de religião ou de crença), parágrafo 43 (acessado em 20 de novembro de 2024).

²⁷ Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Romênia, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8, 2017, https://digitallibrary.un.org/record/1305060/files/CEDAW_C_ROU_CO_7-8-EN.pdf, parágrafo 33(c) (acessado em 20 de novembro de 2024).

²⁸ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 22, parágrafo 43.

²⁹ Comitê dos Direitos da Criança, Observações Finais: Eslováquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), <https://mzv.sk/documents/30297/2698893/009%20Rights%20of%20the%20Child%20-%20Concluding%20observations%20of%20the%20Committee%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child%20on%20the%20combined%20third%20to%20fifth%20periodic%20reports%20of%20Slovakia.pdf/ec6od604-98fb-4500-859d-161c71e5668b>, para. 41(f) (acessado em 20 de novembro de 2024).

³⁰ Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, (A/HRC/32/44), 2016, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g16/072/19/pdf/g1607219.pdf>, parágrafo 93 (acessado em 20 de novembro de 2024).

³¹ Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. México*, Caso n.º 161-02, Acordo Amigável de 9 de março de 2007, <https://clacaidental.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20Informe%202021%2007%20Peticion%202016-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed November 20, 2024); Comissão Interamericana de Direitos Humanos,

Comitê de Assuntos Sociais, Saúde e Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa,³² o Parlamento Europeu,³³ e a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.³⁴ A decisão da Comissão Africana é notável por incluir uma linguagem que limita a objeção de consciência aos profissionais diretamente envolvidos na prestação de serviços específicos, conforme detalhado na caixa de texto abaixo.

Nenhum instrumento internacional ou regional, vinculante ou não vinculante, reconhece a possibilidade de objeção de consciência institucional na área da saúde. Isso é lógico, uma vez que a objeção de consciência se destina a ações individuais em circunstâncias específicas. Permitir a objeção de consciência institucional criaria uma isenção ampla, estendendo esse conceito a entidades não diretamente envolvidas em serviços de aborto, o que resultaria em uma ampliação injustificada.

 **Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 2 sobre o Artigo 14.1 (a), (b), (c) e (f) e o Artigo 14.2 (a) e (c) do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África (2014), parágrafo 26**

A Comissão Africana interpretou a relação entre os direitos das mulheres à saúde sexual e reprodutiva e à não discriminação e à objeção de consciência da seguinte forma:

O direito de proteção contra a discriminação proíbe qualquer privação do acesso a serviços de planejamento familiar/contracepção por parte dos profissionais de saúde por motivos de objeção de consciência. Embora seja verdade que estes podem invocar a objeção de consciência em relação à prestação direta dos serviços necessários, os Estados Partes devem garantir que... apenas os profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação

Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22, novembro de 2011, parágrafos 93-99; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório sobre o mérito do caso *Beatriz v. El Salvador* (Relatório 9/20), https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf (acessado em 20 de novembro de 2024).

³² Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347, 2010, cláusula 4.

³³ Parlamento Europeu, Relatório sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, apresentado ao Parlamento Europeu, Proposta de resolução do Parlamento que não foi aprovada, parágrafo 34.

³⁴ Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.^º, nº 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.^º, nº 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África, de 28 de novembro de 2014.

de serviços de contracepção/planejamento familiar exerçam o direito à objeção de consciência, e que este direito não se aplica às instituições.



Em todo o mundo

A nível nacional, os Estados têm geralmente reconhecido a objeção de consciência apenas como um direito individual. Somente quatro países contrariam esta tendência e permitem que instituições exerçam a objeção de consciência: Chile, França, Estados Unidos e Uruguai.



Imagen 3: Países que permitem que instituições invoquem a objeção de consciência.

Fonte: Ramón Michel A, Repka D., Mapa Global de Normas sobre Objeção de Consciência ao Aborto, Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021, atualizado em junho de 2024, disponível em <https://redaas.org.ar/objencion-de-conciencia/global-map-of-norms-regarding-conscientious-objectio>/

Obrigações dos Estados que reconhecem a objeção de consciência na área da saúde

Como mencionado, existe um consenso robusto, estável e consistente nas leis e normas internacionais e regionais de direitos humanos de que, se os Estados permitirem que os profissionais de saúde não participem de um procedimento médico, incluindo serviços de aborto, por razões morais ou religiosas, eles devem regulamentar adequadamente essa objeção de consciência, inclusive impondo limites ao seu exercício. Os Estados também devem garantir que a recusa dos profissionais de saúde em realizar determinadas atividades com base em sua consciência não impeça o acesso de nenhum paciente à saúde, incluindo os serviços de aborto.

Limites e deveres impostos pelos Estados aos profissionais de saúde que invocam a objeção de consciência

O direito internacional e as normas internacionais de direitos humanos exigem que os Estados imponham deveres e limites aos profissionais de saúde que invocam a objeção de consciência. Os mais comuns são que o profissional de saúde que invoca a objeção de consciência:

1. Deve encaminhar o paciente a outro profissional disponível em tempo hábil;
2. Deve informar o paciente sobre seus direitos;
3. Deve informar o paciente em tempo hábil que exercerá a objeção de consciência; e
4. Não pode invocar a objeção de consciência em situações de emergência ou de cuidados urgentes.

Profissionais de saúde que invocam objeção de consciência devem encaminhar o paciente a outro profissional disponível

Em relação aos casos em que os Estados permitem em sua legislação nacional que indivíduos invoquem a objeção de consciência, órgãos internacionais de direitos humanos consideram que o profissional de saúde que invoca a objeção tem a obrigação de encaminhar o usuário a outro profissional disponível. De fato, todos os órgãos de direitos humanos que se pronunciaram sobre a necessidade de regulamentar a objeção de consciência incluíram essa limitação à prática. Muitos

deles atribuíram esse dever ao profissional de saúde,³⁵, mas outros o atribuíram ao Estado³⁶ ou às unidades de saúde.³⁷

Algumas dessas decisões e entendimentos descrevem o que esse encaminhamento deve envolver para respeitar os direitos humanos de mulheres, meninas e gestantes. Elas afirmam que o profissional de saúde que invocar a objeção de consciência deve:

- Encaminhar a paciente a outro profissional de saúde competente,³⁸ com capacidade,³⁹ que esteja disposto⁴⁰ a realizar o procedimento médico e esteja localizado na mesma jurisdição;⁴¹

³⁵ Para decisões judiciais, ver Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia*. Para pronunciamentos de soft law, ver Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22, novembro de 2011, parágrafos 93-99; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório de mérito sobre o caso *Beatriz v. El Salvador* (Relatório 9/20), https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf (acessado em 20 de novembro de 2024); Relatório do Relator Especial sobre o Direito à Saúde à Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial do Conselho de Direitos Humanos: Direito de todos ao exercício do mais alto padrão possível de saúde física e mental, 66^a sessão, item 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, parágrafos 24 e 65; Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: Romênia, Doc. ONU CEDAW / C / ROU / CO / 7-8 (2017), parágrafo 33(c); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Recomendação Geral n.º 24, CEDAW da ONU intitulada “Mulheres e Saúde (Artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres)”, 20^a sessão, 2 de fevereiro de 1999, parágrafo 11.

³⁶ Parlamento Europeu, Resolução 1763, “O direito à objeção de consciência nos cuidados médicos legais”, Conselho da Europa – Assembleia Parlamentar – Texto aprovado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a sessão); Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.^º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.^º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, 28 de novembro de 2014, ponto 26; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral n.º 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 12 e 43; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: Eslováquia, Doc. ONU CEDAW [A/63/38] (2008), parágrafos 42 e 43; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações Finais: Colômbia, Doc. ONU CCPR/C/COL/CO/7 (2015), parágrafos 20 e 21; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações Finais: Itália, Doc. CCPR / C / ITA / CO / 6 (2017), parágrafo 16; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: México, Doc. CEDAW / C / MEX / CO / 9 (2018), parágrafos 41-42; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observações finais: Polônia (E/C.12/POL/5). Consideração dos relatórios apresentados pelos Estados partes nos termos dos artigos 16 e 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, parágrafo 28; Parlamento Europeu, Relatório sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2001/2128 (INI)). Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade de Oportunidades, parágrafo 11; Conselho da Europa, Relatório da Comissária para os Direitos Humanos do Conselho da Europa, Comissária Dunja Mijatovic, Relatório na sequência da sua visita à Áustria de 13 a 17 de dezembro de 2021, <https://rm.coe.int/commdh-2022-10-report-on-the-visit-to-austria-en/1680a6679a>, parágrafos 75 e 105 (acessado em 21 de novembro de 2024).

³⁷ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Supervisão da execução das sentenças do Tribunal Europeu H46-18 “Tysiąc e R.R. v a Polônia” (Recurso n.º 5410/03, 27617/04); P. e S. contra a Polônia” (Recurso n.º 57375/08), CM/Notas/1398/H46-18, março de 2021, p. 3.

³⁸ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *P. e S. contra Polônia*.

³⁹ Conselho da Europa, Relatório da Comissária para os Direitos Humanos do Conselho da Europa na sequência da sua visita à Áustria.

⁴⁰ Observação Geral n.º 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12.^º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais).

⁴¹ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Federação Internacional de Planejamento Familiar - Rede Europeia (IPPF-EN) contra Itália.

- Encaminhar a paciente a outro profissional em tempo hábil;⁴² e
- Garantir o acesso rápido ao aborto,⁴³ o que pode significar realizar o procedimento se a não realização puder colocar em grave risco a vida ou a saúde da paciente.⁴⁴

Os profissionais de saúde que invocam a objeção de consciência devem informar a paciente sobre seus direitos, independentemente de sua objeção

Dez pronunciamentos de órgãos internacionais e regionais de direitos humanos indicam que o exercício da objeção de consciência impacta o direito de ser informado sobre outros serviços de saúde sexual e reprodutiva, bem como o acesso a esses serviços.⁴⁵ Assim, para evitar interrupções no acesso à saúde, incluindo o acesso a serviços e informações de saúde, esses pronunciamentos exigem que os profissionais de saúde informem o paciente sobre seus direitos e sobre os procedimentos médicos disponíveis, independentemente de sua objeção em participar deles.

O CESCR enfatizou que os profissionais de saúde que exercem objeção de consciência não podem desinformar seus pacientes e que isso constitui um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.⁴⁶

⁴² Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva numa perspectiva de direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99.

⁴³ Parlamento Europeu, Resolução 1763, “O direito à objeção de consciência na assistência médica legal”, Conselho da Europa - Assembleia Parlamentar - Texto aprovado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a sessão), parágrafo 4(3).

⁴⁴ Para mais informações, ver: Secção II, ponto (4) do presente documento.

⁴⁵ Comitê dos Direitos da Criança, Comentário Geral n.º 15 (2013) sobre o direito da criança ao exercício do mais alto padrão de saúde possível (art. 24) (CRC/C/GC/15), parágrafo 69; Comitê CEDAW, *L.C. v. Peru*, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009, Comunicação n.º 22/2009; Relator Especial do Conselho de Direitos Humanos, Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial do Conselho de Direitos Humanos: O direito de todos ao exercício do mais alto padrão de saúde física e mental possível, sessão 66^a, item 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, parágrafos 24 e 65; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Comentário Geral nº 36, Artigo 6: direito à vida (CCPR/C/GC/36); Parlamento Europeu, Resolução do Parlamento Europeu de 24 de junho de 2021 sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE no âmbito da saúde da mulher, parágrafos 36-38; Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Parlamento Europeu, Relatório sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos; Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, 28 de novembro de 2014; Conselho dos Direitos Humanos, Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, Relatório do Grupo de Trabalho sobre a discriminação contra as mulheres na lei e na prática.

⁴⁶ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 22 (sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva, parágrafo 43).

 Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial sobre o direito de todos ao exercício do mais alto padrão possível de saúde física e mental, 66^a sessão, item 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011

O Relator Especial sobre o direito à saúde identificou o impacto da objeção de consciência no acesso à informação:

As leis de objeção de consciência criam barreiras ao acesso ao permitir que profissionais de saúde e pessoal auxiliar, como recepcionistas e farmacêuticos, se recusem a prestar serviços de aborto, informações sobre procedimentos e a realizar encaminhamentos para estabelecimentos e profissionais alternativos.⁴⁷

Os profissionais de saúde que invocam a objeção de consciência devem informar o paciente em tempo hábil que exercerão a objeção de consciência.

Os profissionais de saúde devem informar os pacientes sobre sua decisão de objeção por motivos de consciência em tempo hábil. Esse limite tem sido considerado essencial em nível europeu, inclusive por uma decisão do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, na medida em que impõe o dever do profissional de encaminhar e a obrigação do Estado de garantir a disponibilidade de outros profissionais para realizar o procedimento.

 Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia* (Pedido n.º 27617/04), 28 de novembro de 2011

No caso *R.R. v. Polônia*, o TEDH, o TEDH considerou que os profissionais de saúde violaram os direitos da paciente à informação e à decisão sobre a sua vida privada ao se recusarem a realizar exames sobre a viabilidade do feto sem informá-la de que a sua recusa se baseava em motivos de consciência e não em critérios médicos ou científicos.⁴⁸

⁴⁷ Relator Especial do Conselho dos Direitos Humanos, Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial do Conselho dos Direitos Humanos: O direito de todos ao exercício do mais alto padrão possível de saúde física e mental, sessão 66^a, parágrafos 24.

⁴⁸ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia* (Ap. N.º 27617/04), 28 de novembro de 2011; Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Parlamento Europeu, Resolução 1763, “O direito à objeção de consciência nos cuidados médicos legais”, Conselho da Europa – Assembleia Parlamentar, Texto aprovado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a sessão).

O TEDH relacionou o acesso oportuno à informação sobre saúde, a autonomia pessoal e as decisões relacionadas com a gravidez da seguinte forma:

O exercício efetivo deste direito [direito à informação] é frequentemente decisivo para a possibilidade de exercer a autonomia pessoal, também abrangida pelo artigo 8.º da Convenção... ao decidir, com base nessas informações, sobre o curso futuro dos eventos relevantes para a qualidade de vida do indivíduo (por exemplo, recusando o consentimento para tratamento médico ou solicitando uma determinada forma de tratamento).

A importância do acesso oportuno à informação sobre a própria condição aplica-se com particular força a situações em que se verificam rápidas mudanças no estado de saúde do indivíduo e a sua capacidade de tomar decisões relevantes é, por conseguinte, reduzida. Da mesma forma, no contexto da gravidez, o acesso efetivo a informações relevantes sobre a saúde da mãe e do feto, quando a legislação permite o aborto em determinadas situações, é diretamente relevante para o exercício da autonomia pessoal.⁴⁹

Os profissionais de saúde não podem invocar a objeção de consciência em situações de emergência ou de cuidados urgentes

Sete órgãos internacionais e regionais de direitos humanos, com pelo menos um em cada sistema de direitos humanos analisado, afirmaram que um equilíbrio adequado entre os direitos dos pacientes e a consciência dos profissionais de saúde pode exigir que o profissional que se opõe preste os cuidados necessários, independentemente de sua objeção de consciência, se isso expuser o paciente a riscos graves à sua vida ou saúde.⁵⁰ Algumas declarações também indicaram que, em casos de emergência, os

⁴⁹ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia*, parágrafo 197.

⁵⁰ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), parágrafo 43; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: México, Doc. ONU CEDAW / C / MEX / CO / 9, 2018, parágrafos 41-42; OMS, Aborto seguro: orientações técnicas e políticas para sistemas de saúde, 2012, capítulos 3.3-6 e 4.2.2.5, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf;sequence=1 (acessado em 21 de novembro de 2024); Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, 2010, cláusula 4; Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral nº 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, 28 de novembro de 2014; Conselho dos Direitos Humanos, Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, Relatório do Grupo de Trabalho sobre a discriminação contra as mulheres na lei e na prática, (A/HRC/32/44).

profissionais de saúde têm o dever especial de garantir que o paciente receba tratamento adequado de outro profissional, o que está diretamente relacionado ao dever de encaminhamento.⁵¹

 **Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4**

A Assembleia Parlamentar convida os Estados a:

obrigar o profissional de saúde a prestar o tratamento desejado a que o paciente tem direito legal, apesar da sua objeção de consciência, em casos de emergência (especialmente em caso de perigo para a saúde ou a vida do paciente), ou quando não é possível o encaminhamento para outro profissional de saúde (em particular quando não há um profissional equivalente a uma distância razoável).⁵²

Salvaguardas institucionais nos Estados que reconhecem a objeção de consciência nos cuidados de saúde

O direito internacional desenvolveu um conjunto cada vez mais preciso de salvaguardas institucionais destinadas a garantir que a recusa de profissionais de saúde individuais não impeça o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde.

Essas salvaguardas impõem obrigações aos Estados que reconhecem a objeção de consciência na saúde, reafirmando sua responsabilidade de garantir que essa recusa não obstrua o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde nem afete negativamente as equipes de saúde ou o sistema de saúde como um todo.

⁵¹ Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, 2010, cláusula 4.1.2.3.; Parlamento Europeu, Resolução 1763, “O direito à objeção de consciência nos cuidados médicos legais”, Conselho da Europa - Assembleia Parlamentar - Texto aprovado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a sessão), parágrafo 4(3).

⁵² Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4.

As salvaguardas institucionais complementam os deveres e limites impostos aos profissionais de saúde que se opõem, conforme detalhado acima. Elas existem para aliviar os problemas causados pela objeção de consciência, que incluem: as barreiras que ela cria para pacientes que buscam acesso a serviços de aborto, as tensões dentro das equipes de saúde resultantes do aumento da carga de trabalho dos profissionais que não invocam a objeção de consciência e os esforços/medidas extras necessários para manter serviços de saúde organizados e eficientes.⁵³

O direito internacional confirmou expressamente que os Estados têm o dever de tomar medidas eficazes para garantir que o exercício da objeção de consciência não comprometa o acesso oportuno e eficaz à saúde para as mulheres em nove decisões em casos perante tribunais e órgãos internacionais de direitos humanos⁵⁴ e em 39 pronunciamentos de soft law por órgãos de direitos humanos.⁵⁵

⁵³ Ramón Michel, A. e Repka, D., *Regulaciones sobre la OC en aborto: un estudio global*.

⁵⁴ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiąc v. Polônia*; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia* (Ap. n.º 27617/04) de 28 de novembro de 2011; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *P. e S. v. Polônia*; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Federação Internacional para o Planeamento Familiar - Rede Europeia (IPPF-EN) contra Itália; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Itália*; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia*; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Steen contra Suécia*; Comitê de Direitos Humanos da ONU, *K.L. contra Peru*, Comunicação n.º 1153/2003, Doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003; Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. L.C. contra Peru, Comunicação n.º 22/2009, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009. Neste ponto, vale a pena mencionar, embora não seja tecnicamente uma decisão, o acordo amigável alcançado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos e o Estado mexicano da Baja California no Caso n.º 161-02, “Paulina del Carmen Ramírez Jacinto contra México”, 9 de março de 2007. Neste caso, o Estado reconheceu sua responsabilidade internacional por não dispor de um quadro regulamentar adequado sobre o aborto e a CO, aceitando que foi isso que levou todos os profissionais de saúde que atenderam Paulina a recusar-se a prestar-lhe assistência, obrigando-a a dar à luz e violando assim os seus direitos humanos protegidos pela CADH,
<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1887/146%20a%20informe%202021%2007%20Petition%202016-02.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed November 21, 2024).

⁵⁵ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Relatório do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 60^a sessão, 15 de janeiro a 2 de fevereiro de 2007, parágrafo 392 (relatório sobre a Polônia); Comitê de Assuntos Sociais, Saúde e Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. Supervisão da execução das sentenças do Tribunal Europeu H46-18 “Tysiąc e R.R. contra a Polônia” (Recurso n.º 5410/03, 27617/04), “P. e S. v. Polônia” (Recurso n.º 57375/08), CM/Notas/1398/H46-18, março de 2021, p. 3; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva numa perspectiva de direitos humanos”, OEA/ Ser. L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral n.º 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016; Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial do Conselho de Direitos Humanos: o direito de todos ao exercício do mais alto padrão possível de saúde física e mental, sessão 66^a, item 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, parágrafos 24 e 65; Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório do Relator Especial sobre a Liberdade de Religião ou Crença do Conselho de Direitos Humanos, “Violência e discriminação baseadas no gênero em nome da religião ou crença”, 43^a sessão, item 3, A/43/48, 24 de agosto de 2020, parágrafo 43; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Comentário Geral nº 22, Comentários Gerais adotados pelo Comitê de Direitos Humanos, Artigo 18, Liberdade de pensamento, consciência e religião, 48^a sessão, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.7 em 179, 1993,

Essas fontes geralmente se concentram nas três funções a seguir – e nas obrigações correspondentes – do Estado em relação aos serviços de saúde, especialmente aqueles relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, particularmente o aborto:

- O Estado como entidade política e sua obrigação de adotar e implementar leis e políticas que gerenciem a objeção de consciência de forma a prevenir abusos

<https://www.refworld.org/legal/general/hrc/1993/en/13375> (acessado em 20 de novembro de 2024); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: Eslováquia, Doc. da ONU CEDAW [A/63/38], 2008, parágrafos 42 e 43; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Polônia, Doc. CCPR / C / POL / CO / 6, 2010, parágrafo 12, <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g10/466/84/pdf/g1046684.pdf> (acessado em 21 de novembro de 2024); Parlamento Europeu, Resolução 1763, “O direito à objeção de consciência nos cuidados médicos legais”, Conselho da Europa, Assembleia Parlamentar, Texto aprovado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a Sessão); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Hungria, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), parágrafo 30; Parlamento Europeu, Relatório sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, parágrafo 34; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: Polônia, Doc. ONU CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), parágrafo 43; Declaração sobre a Violência contra as Mulheres, Meninas e Adolescentes e seus Direitos Sexuais e Reprodutivos, Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará, Décima Primeira Reunião do Comitê de Peritos (18-19 de setembro de 2014), OEA/Ser.L/II.7.10 MESECVI/CEVI/DEC.4/14 19 de setembro de 2014,

<https://www.oas.org/es/MESECVI/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf> (acessado em 21 de novembro de 2024); Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Colômbia, Doc. CCPR/C/COL/CO/7 (2015), parágrafos 20 e 21; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Declaração do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos: Além da revisão da CIPD de 2014, parágrafo 7, Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 57^a sessão (10 a 28 de fevereiro de 2014); Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Argentina, Doc. CCPR/C/ARG/CO/5 (2016), parágrafo 11; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Argentina, Doc. CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016), parágrafo 33; Comitê dos Direitos da Criança, Observações Finais: Eslováquia, Doc. da ONU CRC / C / SVK / CO / 3-5 (2016), parágrafo 41 (f); Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações Finais: Itália, Doc. da ONU CCPR / C / ITA / CO / 6 (2017), parágrafo 16; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Romênia, Doc. ONU CEDAW / C / ROU / CO / 7-8 (2017), parágrafo 33(C); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: México, Doc. CEDAW / C / MEX / CO / 9 (2018), parágrafos 41-42; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Recomendação Geral nº 24, CEDAW da ONU intitulada “Mulheres e Saúde (Artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres)”, 20^a sessão, 2 de fevereiro de 1999, parágrafo 11; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observações Finais: Polônia (E/C.12/POL/5), Consideração dos relatórios apresentados pelos Estados Partes nos termos dos artigos 16 e 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, parágrafo 28; Parlamento Europeu, Resolução do Parlamento Europeu de 24 de junho de 2021 sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE no âmbito da saúde das mulheres (2020/2215(INI)), parágrafos 36-38; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observações finais: Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: Espanha (6 de junho de 2012); Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática. Conselho de Direitos Humanos (A/HRC/32/44); Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observação Geral n.º 36. Artigo 6.º: direito à vida (CCPR/C/GC/36) (parágrafo 8); Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Práticas na adoção de uma abordagem baseada nos direitos humanos para eliminar a mortalidade materna evitável e os direitos humanos, Relatório do Gabinete do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (A/HRC/18/27), (parágrafo 30); Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a Europa, Plano de ação para a saúde sexual e reprodutiva: rumo à consecução da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável na Europa — sem deixar ninguém para trás, parágrafo 30; Comitê dos Direitos da Criança, Comentário Geral nº 15 sobre o direito da criança ao exercício do mais alto padrão de saúde possível, artigo 24, (CRC/C/GC/15), parágrafo 69,

<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g13/428/14/pdf/g1342814.pdf> (acessado em 21 de novembro de 2024); Parlamento Europeu, Relatório sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2001/2128 (INI)), Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade de Oportunidades, parágrafo 11; Comitê Ad Hoc de Especialistas em Bioética (CAHBI), Relatório sobre Procriação Artificial Humana; Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Relatório de acompanhamento sobre boas práticas e desafios na aplicação de uma abordagem baseada nos direitos humanos para a eliminação da mortalidade e morbidade materna evitável; Conselho da Europa, Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na Europa: progressos e desafios; Conselho da Europa; e Relatório da Comissária para os Direitos Humanos do Conselho da Europa na sequência da sua visita à Áustria de 13 a 17 de dezembro de 2021.

- e proteger os direitos de mulheres, meninas e pessoas que procuram serviços de aborto, bem como de outros profissionais de saúde que não se oponham.
- O Estado como prestador de serviços de saúde pública e sua obrigação de garantir que os serviços de saúde pública sejam acessíveis, assegurando a disponibilidade de profissionais de saúde em instituições públicas que não invoquem a objeção de consciência ou, quando necessário, impedindo a contratação de objetores em instituições públicas; e
 - O Estado como administrador da justiça e suas obrigações de garantir que os profissionais de saúde utilizem a objeção de consciência de acordo com a lei e sancionar os abusos no seu exercício.

As salvaguardas institucionais mais comuns citadas nas fontes são que os Estados devem:

- Regulamentar claramente a objeção de consciência;
- Proibir a objeção de consciência institucional;
- Estabelecer mecanismos de encaminhamento;
- Garantir que haja um número adequado de profissionais de saúde pública que não invoquem a objeção de consciência na assistência médica pública; e
- Estabelecer mecanismos relevantes de monitoramento, supervisão e sanção.

Regulamentar claramente a objeção de consciência

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos concordaram que os Estados têm a obrigação de regulamentar a objeção de consciência na área da saúde, o que foi articulado em 21 decisões e pronunciamentos de 11 órgãos diferentes.⁵⁶

⁵⁶ Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Memorando explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva numa perspectiva de direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99”; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral n.º 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 12 e 43; Assembleia Geral das Nações Unidas. Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial do Conselho de Direitos Humanos: o direito de todos ao exercício do mais alto padrão possível de saúde física e mental, sessão 66^a, item 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, parágrafos 24 e 65; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Eslováquia, Doc. ONU CEDAW [A/63/38] (2008), parágrafos 42 e 43; Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Polônia, Doc. ONU CCPR / C / POL / CO / 6 (2010), parágrafo 12; Parlamento Europeu. Resolução 1763. “O direito à objeção de consciência em cuidados médicos legais”. Conselho da Europa – Assembleia Parlamentar. Texto adotado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a sessão); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Hungria, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), parágrafo 30; Comitê contra a Tortura. Observações finais: Polônia, Doc. ONU CAT / C / POL / CO / 5-6 (2013), parágrafos 22 e 23; Parlamento Europeu. Relatório sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos (2013/2040(INI)). A7-0426/2013. Apresentado ao Parlamento

Em termos gerais, a nível internacional, o Comitê dos Direitos Humanos, o CESCR e o Comitê CEDAW concluíram que os Estados têm o dever de regulamentar adequadamente a objeção de consciência, de modo a não impedir ninguém de acessar aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.⁵⁷

A Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa considerou que o uso não regulamentado da objeção de consciência era problemático.⁵⁸ Convidou os Estados a “elaborar diretrizes abrangentes que definam e regulamentem a objeção de consciência”.⁵⁹ O TEDH, no caso *P. e S. v. Polônia*, salientou que um Estado que permite a objeção de consciência deve garantir que ela seja exercida em conformidade com a lei, incluindo quaisquer “requisitos procedimentais” estabelecidos por lei (como o dever do profissional que invoca a objeção de consciência de encaminhar o paciente para outro profissional).⁶⁰

Europeu. Proposta de resolução do Parlamento que não foi aprovada (parágrafo 34); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Polônia, Doc. ONU CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), parágrafo 43; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Argentina, Doc. ONU CEDAW / C / ARG / CO / 7 (2016), parágrafo 33; Comitê dos Direitos da Criança. Observações finais: Eslováquia, Doc. CRC / C / SVK / CO / 3-5 (2016); parágrafo 41 (f); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Romênia, Doc. ONU CEDAW / C / ROU / CO / 7-8 (2017), parágrafo 33 (C); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: México, Doc. ONU CEDAW / C / MEX / CO / 9 (2018), parágrafos 41-42; Parlamento Europeu. Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de junho de 2021, sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE no contexto da saúde das mulheres (2020/2215(INI)) (parágrafos 36-38); Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observações finais: Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: Espanha (6 de junho de 2012); Parlamento Europeu. Resolução 1607 (2008). Acesso ao aborto seguro e legal na Europa; Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática. Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática. Conselho de Direitos Humanos (A/HRC/32/44); Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Relatório de acompanhamento sobre boas práticas e desafios na aplicação de uma abordagem baseada nos direitos humanos para a eliminação da mortalidade e morbidade materna evitável; Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Relatório de mérito sobre o caso *Beatriz v. El Salvador* (Relatório 9/20).

⁵⁷ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral nº 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 12 e 43; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Eslováquia, Doc. ONU CEDAW [A/63/38] (2008), parágrafos 42 e 43; Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Polônia, Doc. ONU CCPR / C / POL / CO / 6 (2010), parágrafo 12.

⁵⁸ Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), parágrafo 3.

⁵⁹ Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Memorando explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), parágrafo 4.

⁶⁰ Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, *P. e S. contra Polônia*, parágrafo 107.



Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiak v. Polônia*, 24 de setembro de 2007

Na Polônia, uma mulher com uma gravidez que colocava em risco a sua saúde foi impedida de ter acesso a um aborto legal depois de vários médicos se recusarem a certificar que a sua condição cumpria os requisitos legais para a interrupção da gravidez.⁶¹ Como resultado, ela foi forçada a prosseguir com a gravidez até o fim, o que provocou uma grave deterioração da sua visão.⁶²

O TEDH considerou que a Polônia não havia estabelecido procedimentos “transparentes e claramente definidos” para garantir o acesso ao aborto legal.⁶³ A falta de diretrizes claras deixou as mulheres vulneráveis a recusas arbitrárias por parte dos profissionais médicos, negando-lhes efetivamente um direito reconhecido pela lei polonesa.⁶⁴

O Tribunal decidiu que a Polônia violou suas obrigações sob a Convenção Europeia dos Direitos Humanos⁶⁵ e exigiu que o Estado implementasse salvaguardas processuais eficazes para prevenir violações semelhantes.⁶⁶

Este caso continua sendo uma decisão histórica sobre o dever do Estado de regulamentar recusas médicas e garantir o acesso efetivo ao aborto legal.⁶⁷

O Tribunal considerou que a Polônia violou suas obrigações sob a Convenção Europeia dos Direitos Humanos e ordenou que implementasse normas transparentes e claramente definidas para regular a objeção de consciência, a fim de evitar tais violações.⁶⁸

Este também é um dos casos mais significativos relativos à recusa institucional decididos em um tribunal de direitos humanos.

⁶¹ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiak v. Polônia*, 24 de setembro de 2007, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-76165%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-76165%22]}), (consultado em 20 de novembro de 2024), parágrafos 8-15.

⁶² Ibid., parágrafos 16-17.

⁶³ Ibid., parágrafo 92.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Ibid., parágrafo 164.

⁶⁶ Ibid., parágrafo 116.

⁶⁷ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiak v. Polônia*, 24 de setembro de 2007, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812>.

⁶⁸Ibid., parágrafo 114.

Proibir a objeção de consciência institucional

A ONU e órgãos regionais de direitos humanos recomendaram que os Estados proíbam expressamente a objeção de consciência institucional em 10 pronunciamentos.⁶⁹

 **Observações finais sobre a Eslováquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016); parágrafo 41 (f), do Comitê dos Direitos da Criança**

O Comitê dos Direitos da Criança recomendou que a Eslováquia “altere a legislação para proibir explicitamente as instituições de adotar políticas ou práticas institucionais de recusa com base na consciência”.⁷⁰

Estabelecer mecanismos de encaminhamento

A ONU e órgãos regionais de direitos humanos produziram 15 documentos que descrevem o dever dos Estados e dos serviços de saúde de fornecer mecanismos que garantam que pacientes que se depararem com um profissional de saúde que invoque a objeção de consciência sejam encaminhados a outros profissionais que prestem o atendimento solicitado.⁷¹

⁶⁹ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, de 28 de novembro de 2014; Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4, Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva numa perspectiva de direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99, Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral n.º 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 12 e 43, Assembleia Geral das Nações Unidas. Relatório do Relator Especial sobre a Liberdade de Religião ou Crença do Conselho de Direitos Humanos, “Violência e discriminação baseadas no gênero em nome da religião ou crença”, 43^a sessão, item 3, A/43/48, 24 de agosto de 2020, parágrafo 43, Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Hungria, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), parágrafo 30, Parlamento Europeu. Relatório sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2013/2040(INI)). A7-0426/2013. Apresentado ao Parlamento Europeu. Proposta de resolução do Parlamento que não foi aprovada (parágrafo 34), Comissão dos Direitos da Criança. Observações finais: Eslováquia, Doc. ONU CRC / C / SVK / CO / 3-5 (2016), parágrafo 41 (f), Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Romênia, Doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8 (2017), parágrafo 33 (C), Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática. Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática. Conselho de Direitos Humanos (A/HRC/32/44).

⁷⁰ Comitê dos Direitos da Criança, Observações finais sobre a Eslováquia, Doc. da ONU CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016); parágrafo 41 (f).

⁷¹ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, 2014; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Supervisão da execução das sentenças do Tribunal Europeu H46-18 “Tysiąc e R.R. v. Polônia” (Recurso n.º 5410/03, 27617/04), “P. e S. v. a Polônia” (Recurso n.º 57375/08), CM/Notas/1398/H46-18, março de 2021, p. 3; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de

O Comitê de Direitos Humanos observou que os mecanismos de encaminhamento devem ser “eficazes” para garantir o acesso “eficaz e imediato” das mulheres aos serviços de aborto.⁷² A Comissão Interamericana de Direitos Humanos destacou a obrigação do profissional de “encaminhar imediatamente”.⁷³ Por fim, a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos afirmou especificamente que “os Estados Partes devem garantir que seja criada a infraestrutura necessária para permitir que as mulheres sejam informadas e encaminhadas a outros profissionais de saúde em tempo hábil”.⁷⁴

Garantir que haja um número adequado de profissionais de saúde públicos que não invoquem a objeção de consciência

O julgamento do TEDH no processo *Grimmark v. Suécia* considerou que a Suécia tinha o direito de recusar o reconhecimento da objeção de consciência, a fim de cumprir sua

novembro de 2011, parágrafos 93-99; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral n.º 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2016, parágrafos 12 e 43; Assembleia Geral das Nações Unidas, Relatório provisório elaborado por Anand Grover, Relator Especial do Conselho de Direitos Humanos: o direito de todos ao exercício do mais alto padrão possível de saúde física e mental, sessão 66^a, item 69 b, A/66/254, 3 de agosto de 2011, parágrafos 24 e 65; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Hungria, Doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), parágrafo 30; Parlamento Europeu, Resolução 1763. “O direito à objeção de consciência em cuidados médicos legais”, Conselho da Europa – Assembleia Parlamentar, Texto adotado pela Assembleia em 7 de outubro de 2010 (35^a Sessão); Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Colômbia, Doc. CCPR/C/COL/CO/7 (2015), parágrafos 20 e 21, <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsvdnCkCHIZNza%2FmHiYi6216ocRVzfljoUllrhYroSGfkkK3tlQjOruxH1HydgYglnHdFT6a%2FJked42AnhUK3laPzu%2FVrvGWUdjhlJibfDobN> (acessado em 21 de novembro de 2024); Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Itália, Doc. ONU CCPR / C / ITA / CO / 6 (2017), parágrafo 16; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Romênia, Doc. da ONU CEDAW / C / ROU / CO / 7-8 (2017), parágrafo 33 (C); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: México, Doc. da ONU CEDAW / C / MEX / CO / 9 (2018), parágrafos 41-42; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Recomendação Geral nº 24, ONU CEDAW “Mulheres e Saúde (Artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres)”, 20^a sessão, 2 de fevereiro de 1999, parágrafo 11, <https://www.refworld.org/legal/general/cedaw/1999/en/11953> (acessado em 20 de novembro de 2024); Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observações finais: Polônia (E/C.12/POL/5), Consideração dos relatórios apresentados pelos Estados Partes nos termos dos artigos 16 e 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, parágrafo 28, <https://www.refworld.org/policy/polrec/cescr/2009/en/96790> (acessado em 20 de novembro de 2024); Parlamento Europeu, Relatório sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2001/2128 (INI)), parágrafo 11, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-5-2002-0223_EN.html (acessado em 20 de novembro de 2024); Conselho da Europa, Relatório da Comissária para os Direitos Humanos do Conselho da Europa após sua visita à Áustria de 13 a 17 de dezembro de 2021, <https://rm.coe.int/commdh-2022-10-report-on-the-visit-to-austria-en/1680a6679a> (acessado em 21 de novembro de 2024).

⁷² Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Colômbia, Doc. ONU CCPR/C/COL/CO/7 (2015), parágrafos 20 e 21; Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Itália, Doc. ONU CCPR/C/ITA/CO/6 (2017), parágrafo 16.

⁷³ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/ Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99.

⁷⁴ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 2 sobre o artigo 14.º, n.º 1, alíneas a), b), c) e f), e o artigo 14.º, n.º 2, alíneas a) e c), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África, 2014, parágrafo 26.

obrigação positiva de garantir a disponibilidade de serviços de aborto.⁷⁵ Esclareceu que o Estado pode legitimamente decidir não contratar profissionais de saúde que se oponham ao aborto, sem violar a sua liberdade de consciência ou discriminá-los, como parte do seu dever de garantir que existam profissionais dispostos a prestar serviços de aborto.⁷⁶

O CESCR reconhece que a obrigação de dispor de certas garantias institucionais para que pacientes tenham acesso aos serviços de saúde decorre do direito à saúde reprodutiva.⁷⁷

Estabelecer mecanismos relevantes de monitoramento, supervisão e sanção

Órgãos internacionais e regionais de direitos humanos reconheceram o dever dos Estados de monitorar e sancionar o uso indevido da objeção de consciência por profissionais de saúde. Seis deles, incluindo o Comitê de Direitos Humanos, o Comitê CEDAW e o Comitê dos Direitos da Criança, mencionaram essa salvaguarda institucional em pelo menos sete pronunciamentos.⁷⁸



Em todo o mundo

O uso de salvaguardas institucionais pelos Estados é uma tendência incipiente: 24 Estados já reconhecem pelo menos algum tipo de salvaguarda em suas leis ou regulamentos.

⁷⁵ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia* (Ap. n.º 43726/17) de 11 de fevereiro de 2020, parágrafo 26.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral n.º 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 12-13 e 43.

⁷⁸ Comissão dos Assuntos Sociais, da Saúde e da Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Polônia, Doc. CCPR/C/POL/CO/6, 2010, parágrafo 12; Parlamento Europeu, Relatório sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2013/2040(INI)), A7-0426/2013, parágrafo 34; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Polônia, Doc. ONU CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), parágrafo 43; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Observações finais: Argentina, Doc. ONU CEDAW/C/ARG/CO/7, 2016, parágrafo 33; Comitê dos Direitos da Criança. Observações finais: Eslováquia, Doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016, parágrafo 41(f).

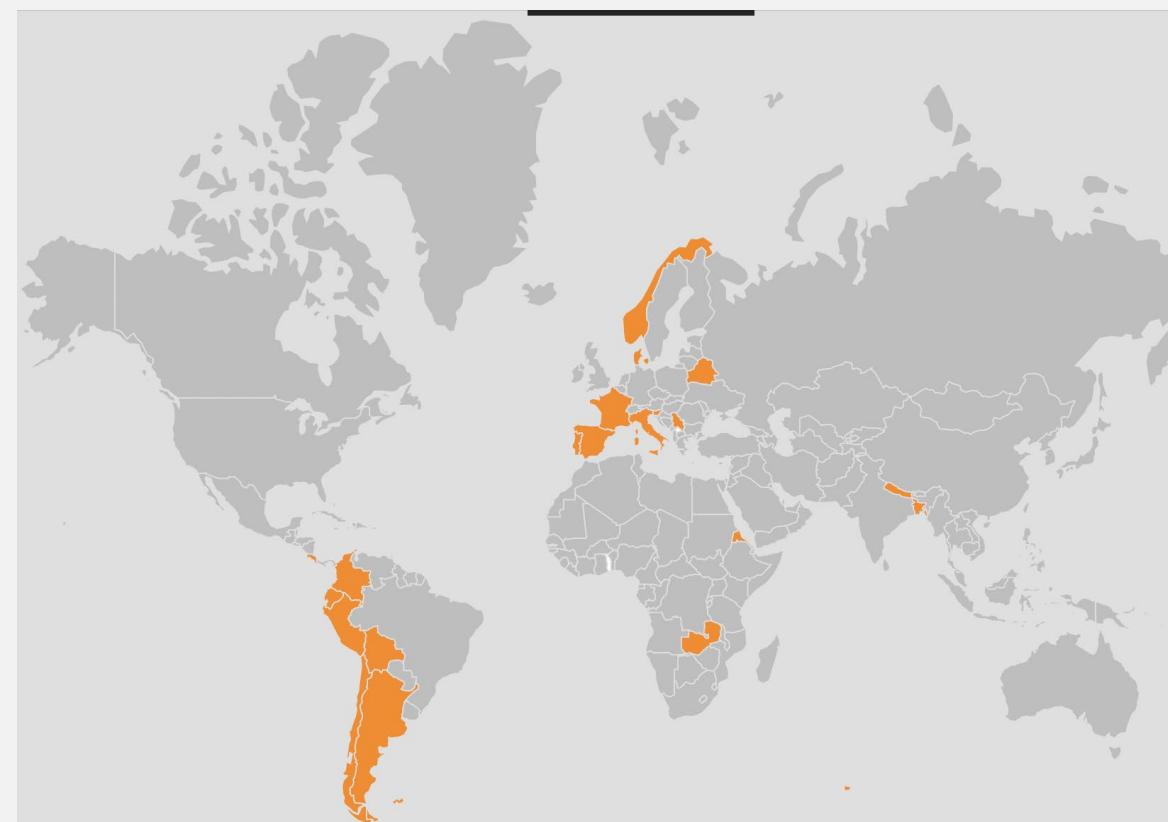


Imagen 4: Países que reconhecem salvaguardas institucionais.

Fonte: Ramón Michel A, Repka D. Mapa global de normas relativas à objeção de consciência ao aborto. Buenos Aires: REDAAS & Ipas, 2021, atualizado em junho de 2024, disponível em <https://redaas.org.ar/objencion-de-conciencia/global-map-of-norms-regarding-conscientious-objection-to-abortion/>.

Direitos humanos que exigem que os Estados regulamentem adequadamente a objeção de consciência na área da saúde

Ao avaliar a adequação da regulamentação da objeção de consciência pelos Estados, os órgãos de direitos humanos geralmente equilibram três fatores: os direitos dos pacientes, os direitos dos profissionais de saúde que não invoca a objeção e o papel e as responsabilidades do Estado em respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde.

Mais especificamente, os argumentos baseados nos direitos de pacientes dizem respeito aos direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal; à igualdade e à não discriminação; e à liberdade de tratamento cruel, desumano ou degradante. Os argumentos baseados nos direitos de profissionais de saúde que não invocam a objeção consideram seu direito de trabalhar em um ambiente livre de violência e discriminação. Por fim, os argumentos baseados no papel e nas responsabilidades do Estado discutem a democracia e o impacto negativo da objeção de consciência nos serviços de saúde.

Direitos de pacientes

Direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal

Órgãos de direitos humanos têm enfatizado que os Estados devem adotar medidas institucionais para salvaguardar os direitos de pacientes à vida, à saúde e à integridade pessoal. Ao fazer isso, esses órgãos reconheceram que a objeção de consciência — especialmente em contextos sem uma estrutura regulatória adequada⁷⁹ ou aqueles com grande proporção de profissionais de saúde que invocam a objeção⁸⁰ — tem um impacto direto sobre mulheres, meninas e gestantes, pois impede seu acesso aos serviços de saúde, o que viola seus direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal.⁸¹

Órgãos de direitos humanos também expressaram preocupação com o fato de que o exercício da objeção de consciência por profissionais de saúde força mulheres,

⁷⁹ Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: Polônia, Doc. ONU CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), parágrafo 43.

⁸⁰ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral nº 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 12 e 43.

⁸¹ Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Colômbia, Doc. CCPR/C/COL/CO/7 (2015), parágrafos 20 e 21.

meninas e gestantes a recorrer a ambientes não regulamentados para ter acesso a serviços de aborto.⁸² O aborto inseguro é uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo.⁸³ Esses órgãos também destacaram os riscos à saúde associados a atrasos no acesso a serviços de aborto como resultado do exercício da objeção de consciência por profissionais de saúde.⁸⁴

Para prevenir ou mitigar essas violações de direitos, órgãos de direitos humanos enfatizaram as obrigações dos Estados de regulamentar adequadamente a objeção de consciência, proibir a objeção de consciência institucional, garantir uma distribuição geográfica adequada das equipes que prestam serviços de aborto e adotar medidas que protejam o direito das mulheres de acessar serviços de saúde seguros e de qualidade.

 **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva, 2 de maio de 2016**

De acordo com o CESCR, a disponibilidade de cuidados abrangentes de saúde sexual e reprodutiva não deve ser impedida pela objeção de consciência:

A indisponibilidade de bens e serviços devido a políticas ou práticas baseadas em ideologias, como a recusa em prestar serviços por motivos de consciência, não deve ser uma barreira ao acesso aos serviços. Deve haver, em tempo integral, um número adequado de profissionais de saúde dispostos e aptos a prestar esses serviços, tanto em instalações públicas quanto privadas e dentro de um raio geográfico razoável.⁸⁵

O comitê também especificou a obrigação dos Estados Partes de proteger o direito à saúde sexual e reprodutiva, exigindo que eles “proíbam e impeçam que agentes

⁸² Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Declaração do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos: Além da revisão da CIPD de 10 de fevereiro de 2014.

⁸³ Comitê de Direitos Humanos da ONU. Observações finais: Argentina, Doc. CCPR / C / ARG / CO / 5 (2016), parágrafo 11.

⁸⁴ Comitê de Direitos Humanos, *K.L. v. Peru*, Comunicação n.º 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003, parágrafo 6.3.

⁸⁵ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 11 e 14.

privados imponham barreiras práticas ou procedimentais aos serviços de saúde".⁸⁶

Em relação à objeção de consciência:

Quando os profissionais de saúde são autorizados a invocar a objeção de consciência, os Estados devem regulamentar adequadamente esta prática para garantir que ela não impeça o acesso de ninguém aos serviços de saúde sexual e reprodutiva – inclusive exigindo encaminhamentos para um profissional acessível, apto e disposto a prestar os serviços procurados – e que não impeça a prestação de serviços em situações de urgência ou emergência.⁸⁷

Este argumento destaca-se por ter sido adotado com notável consistência por praticamente todos os órgãos criados por tratados, incluindo: o Comitê CEDAW;⁸⁸ o Comitê dos Direitos Humanos;⁸⁹ o CESCR;⁹⁰ o Comitê contra a Tortura;⁹¹ e o Comitê dos Direitos da Criança.⁹²

⁸⁶ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral n.º 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, parágrafos 39 e 43.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Relatório do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 60^a sessão, 15 de janeiro a 2 de fevereiro de 2007, parágrafo 392; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações Finais: Croácia, Doc. ONU A/53/38/Rev.1, 1998, parágrafo 109; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Polônia, Doc. ONU CEDAW/C/POL/Q/7-8/Add.1 (2014), parágrafo 43 (2014); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Declaração do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos: Além da revisão da CIPD de 2014, parágrafo 7; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Romênia, Doc. ONU CEDAW / C / ROU / CO / 7-8 (2017), parágrafo 33 (C); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: México, Doc. ONU CEDAW / C / MEX / CO / 9 (2018), parágrafos 41-42; Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, Observações finais sobre o oitavo e nono relatórios periódicos combinados do Equador, CEDAW/C/ECU/CO/8-9, parágrafo 32; Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, Observações finais sobre o oitavo e nono relatórios periódicos combinados do Uruguai, CEDAW/C/URY/CO/8-9 parágrafos 35 e 36, 2016, 2015, parágrafo 37.

⁸⁹ Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Colômbia, Doc. CCPR/C/COL/CO/7 (2015), parágrafos 20 e 21; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Argentina, Doc. CCPR/C/ARG/CO/5, 2016, parágrafo 11; Comitê de Direitos Humanos da ONU, Observações finais: Itália, Doc. CCPR / C / ITA / CO / 6, 2017, parágrafo 16; e Comitê de Direitos Humanos da ONU, Comentário Geral nº 36. Artigo 6: Direito à vida (CCPR/C/GC/36), parágrafo 8, 2019.

⁹⁰ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), 2 de maio de 2016, Observações Finais: Polônia (E/C.12/POL/5), Consideração dos relatórios apresentados pelos Estados Partes nos termos dos artigos 16 e 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, parágrafo 28.

⁹¹ Comitê contra a Tortura, Observações finais sobre o segundo relatório periódico do Estado Plurinacional da Bolívia, aprovado pelo Comitê em sua 50^a sessão, de 6 a 31 de maio de 2013, parágrafo 23, <https://www.refworld.org/policy/polrec/cat/2013/en/53569> (acessado em 21 de novembro de 2024).

⁹² Comitê dos Direitos da Criança, Observações finais: Eslováquia, Doc. ONU CRC / C / SVK / CO / 3-5, 2016, parágrafo 41 (f).

Os sistemas africano,⁹³, interamericano,⁹⁴, e europeu⁹⁵ também articularam salvaguardas institucionais baseadas nos direitos de pacientes à vida, à saúde e à integridade pessoal em seus relatórios e pronunciamentos.

Direito à igualdade e à não discriminação

Os órgãos de direitos humanos têm se referido ao direito à igualdade e à não discriminação como fundamentos para exigir que os Estados mitiguem os efeitos adversos das recusas médicas. Eles enfatizam o impacto desproporcional que a objeção de consciência não regulamentada tem sobre mulheres e meninas que vivem longe das áreas urbanas e sobre pessoas de baixo nível socioeconômico, as quais têm mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Esses órgãos de direitos humanos veem a regulamentação da objeção de consciência como um meio de mitigar seu impacto desproporcional sobre certas pessoas e proteger os direitos de mulheres e meninas à igualdade e à não discriminação. O Comitê de Direitos Humanos,⁹⁶ o Comitê CEDAW,⁹⁷ o CESCR⁹⁸ (especialmente na proteção de mulheres migrantes e

⁹³ Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Comentário Geral n.º 1 sobre o Artigo 14 (1) (d) e (e) do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África, 2012.

⁹⁴ Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório “Acesso à informação sobre saúde reprodutiva sob a perspectiva dos direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de novembro de 2011, parágrafos 93-99 (2011); Mesecvi (OEA), Declaração sobre a Violência contra as Mulheres, Meninas e Adolescentes e seus Direitos Sexuais e Reprodutivos, Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará, Décima Primeira Reunião do Comitê de Peritos (18-19 de setembro de 2014), OEA/Ser.L/II.7.10 MESECVI/CEVI/DEC.4/14 19, setembro de 2014; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Relatório de mérito sobre o caso Beatriz contra El Salvador (Relatório 9/20), 2020.

⁹⁵ Comissão de Assuntos Sociais, Saúde e Família da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Memorando Explicativo intitulado “Acesso das mulheres a cuidados médicos legais: o problema do uso não regulamentado da objeção de consciência”, Doc. 12347 (2010), cláusula 4 (2010); Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Supervisão da execução das sentenças do Tribunal Europeu H46-18 “Tysiäc e R.R. contra a Polônia” (Recurso n.º 5410/03, 27617/04), “P. e S. contra a Polônia” (Recurso n.º 57375/08), CM/Notas/1398/H46-18, março de 2021, p. 3; Parlamento Europeu, Resolução 1763, “O direito à objeção de consciência nos cuidados médicos legais”, 2010; Parlamento Europeu, Relatório sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, parágrafo 34; Parlamento Europeu, Resolução de 24 de junho de 2021 sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE no contexto da saúde das mulheres (2020/2215(INI)), parágrafos 36-38; Parlamento Europeu, Resolução 1607 (2008), Acesso ao aborto seguro e legal na Europa (2008); Parlamento Europeu, Relatório sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos (2001/2128 (INI)), parágrafo 11; Conselho da Europa, Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na Europa: progressos e desafios, 2024; Conselho da Europa, Relatório da Comissária para os Direitos Humanos do Conselho da Europa na sequência da sua visita à Áustria de 13 a 17 de dezembro de 2021.

⁹⁶ Comitê de Direitos Humanos da ONU, Comentário Geral n.º 22, Comentários Gerais adotados pelo Comitê de Direitos Humanos, Artigo 18 - Liberdade de pensamento, consciência e religião, 48^a sessão, Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.7 em 179 (1993).

⁹⁷ Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Observações finais: Eslováquia, Doc. ONU CEDAW [A/63/38] (2008), parágrafos 42 e 43; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Recomendação Geral nº 24, CEDAW da ONU intitulada “Mulheres e Saúde (Artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres)”, 20^a sessão, 2 de fevereiro de 1999, parágrafo 11.

⁹⁸ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observações Finais: Espanha, 6 de junho de 2012.

adolescentes), a Assembleia Parlamentar Europeia,⁹⁹ e o Comitê Europeu dos Direitos Sociais¹⁰⁰ adotaram essa abordagem.

Comitê Europeu dos Direitos Sociais, Federação Internacional de Planejamento Familiar Rede Europeia (IPPF-EN na sigla em inglês) contra Itália, Requerimento n.º 87/2012, decisão sobre o mérito, 11 de setembro de 2013.

Em 2013, a IPPF-EN registrou uma queixa perante o Comitê Europeu dos Direitos Sociais, argumentando que o elevado número de médicos na Itália que invocavam a objeção de consciência para recusar a prestação de serviços de aborto violava o direito à igualdade e à não discriminação protegidos pela Carta Social Europeia.

A IPPF-EN argumentou que mulheres pertencentes a grupos vulneráveis ou marginalizados eram privadas do acesso efetivo aos serviços de aborto e que as autoridades não tomavam as medidas necessárias para compensar as lacunas na prestação de serviços causadas por profissionais de saúde que invocavam a objeção.

O Comitê Europeu dos Direitos Sociais concluiu que a falta de profissionais de saúde dispostos a prestar serviços de aborto forçava as mulheres a se deslocarem de um hospital para outro dentro da Itália ou até mesmo a viajar para o exterior. Constatou que esta situação prejudicava particularmente as mulheres migrantes e aquelas com menos recursos para viajar, além de aumentar a incidência de abortos inseguros. Isso poderia privar completamente as mulheres a quem era negado o acesso ao aborto na sua região local de qualquer oportunidade efetiva de exercer seu direito legal a tais serviços.

Consequentemente, o Comitê concluiu que as mulheres enfrentavam discriminação interseccional e eram injustificadamente tratadas de forma diferente no que diz respeito ao acesso à saúde. Portanto, condenou e obrigou a Itália a tomar medidas para garantir o acesso para todas as mulheres em todas as jurisdições do país.

Direito à proteção contra um tratamento cruel, desumano ou degradante

A negação do acesso a serviços de aborto com base na objeção de consciência tem sido enquadrada como uma violação do direito de mulheres, meninas e gestantes de

⁹⁹ Parlamento Europeu, Resolução 1763 sobre o direito à objeção de consciência em cuidados médicos legais, 7 de outubro de 2010.

¹⁰⁰ Comitê Europeu dos Direitos Sociais, Federação Internacional de Planejamento Familiar - Rede Europeia (IPPF-EN) contra Itália, Recurso n.º 87/2012, decisão sobre o mérito de 10 de setembro de 2013.

viver livres de tratamento cruel, desumano ou degradante. Este direito é particularmente afetado quando recusas baseadas na objeção de consciência as deixam sem acesso ao aborto seguro, obrigando-as a enfrentar a maternidade forçada, a continuar uma gravidez contra sua vontade — ou contra orientação médica — ou a procurar formas de interromper a gravidez fora do sistema de saúde. O Comitê dos Direitos Humanos desenvolveu especificamente este argumento no caso *K.L. v. Peru*, conforme detalhado na caixa de texto abaixo.¹⁰¹

Comitê de Direitos Humanos, *K.L. v. Peru*, CCPR/C/85/D/1153/2003, Comunicação nº 1153/2003

Uma adolescente no Peru estava grávida com diagnóstico fetal de anencefalia, uma condição grave em que o cérebro não se desenvolve adequadamente, tornando o feto inviável e ameaçando a saúde da gestante.¹⁰² Ela decidiu fazer um aborto por razões terapêuticas, mas a equipe médica do Ministério da Saúde se recusou a realizar o aborto legal solicitado.¹⁰³ Ela foi forçada a continuar a gravidez e dar à luz contra sua vontade.

O Comitê de Direitos Humanos concluiu que forçar a adolescente a continuar a gravidez e a amamentar o bebê durante os quatro dias em que ele sobreviveu causou-lhe sofrimento emocional e psicológico “grave”. Esse sofrimento foi considerado tratamento cruel, desumano ou degradante, em violação ao artigo 7º do PIDCP.

Assim, o Comitê recomendou que o Peru providenciasse uma reparação eficaz à reclamante, incluindo compensação financeira, e tomasse medidas para evitar violações semelhantes no futuro, garantindo a proteção dos direitos humanos de mulheres e meninas em circunstâncias semelhantes.¹⁰⁴

Direitos de profissionais de saúde não-objetores a trabalhar em um ambiente livre de violência e discriminação

Alguns órgãos de direitos humanos argumentaram que a objeção de consciência pode levar à discriminação no trabalho e afetar negativamente o ambiente de trabalho de profissionais de saúde não-objetores.

¹⁰¹ Comitê de Direitos Humanos, *K.L. contra Peru*, Comunicação nº 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003, parágrafo 6.3.

¹⁰² Ibid., parágrafo 2.7.

¹⁰³ Ibid., parágrafo 2.4.

¹⁰⁴ Ibid., parágrafo 8.

Esses órgãos afirmaram que, em contextos em que os profissionais não-objetores são minoria, eles estão expostos à sobrecarga de trabalho, discriminação e maus-tratos. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos¹⁰⁵ e o Comitê Europeu dos Direitos Sociais¹⁰⁶ utilizaram esse raciocínio. De acordo com suas decisões, o Estado deve contratar profissionais de saúde dispostos a integrar as equipes de saúde que prestam atendimento médico a gestantes, sancionar comportamentos discriminatórios contra esses profissionais e prevenir o estigma.

Comitê Europeu dos Direitos Sociais, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Itália, Queixa n.º 91/2013*

Em 2015, a CGIL (um sindicato) registrou uma queixa junto ao Comitê Europeu dos Direitos Sociais alegando que a Itália violou o direito ao trabalho de profissionais de saúde que prestam serviços de aborto e que não invocam a objeção, por não proteger seus direitos.¹⁰⁷ Também argumentou que a Itália violou o direito à saúde devido à aplicação inadequada da lei que regulamenta a objeção de consciência ao aborto, pois esta não protege o direito das mulheres de ter acesso a serviços de aborto.¹⁰⁸

Em apoio a esta alegação, a CGIL informou ao Comitê que cerca de 70% dos ginecologistas, 52% dos anestesistas e 44% dos profissionais não médicos eram objetores de consciência, percentagens que, em geral, aumentaram nos seis anos anteriores.¹⁰⁹ Consequentemente, os profissionais não-objetores que prestavam serviços de aborto enfrentavam jornadas de trabalho excessivamente longas e isolamento.¹¹⁰

O Comitê considerou que o direito ao trabalho exige a não discriminação, o que a Itália violou ao expor os não-objetores a tratamento discriminatório no que diz respeito a carga de trabalho, distribuição de tarefas e oportunidades de desenvolvimento de carreira em comparação com os objetores de consciência.¹¹¹

¹⁰⁵ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Grimmark contra Suécia (Appl. N.º 43726/17) de 11 de fevereiro de 2020; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, Steen contra Suécia (Appl. N.º 62307/17) de 11 de fevereiro de 2020.

¹⁰⁶ Comitê Europeu dos Direitos Sociais, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contra Itália, reclamação n.º 91/2013*, decisão sobre o mérito de 12 de outubro de 2015.

¹⁰⁷ Ibid., parágrafo 22.

¹⁰⁸ Ibid., parágrafo 21.

¹⁰⁹ Ibid., parágrafo 98.

¹¹⁰ Ibid., parágrafo 266.

¹¹¹ Ibid., parágrafos 243, 246.

A decisão confirmou o dever dos Estados de garantir que suas instituições de saúde contratem profissionais dispostos a prestar serviços de aborto¹¹² e de tomar medidas preventivas para proteger aqueles que oferecem tais serviços contra tratamento discriminatório, incluindo “assédio moral”.¹¹³

Papel e responsabilidades dos Estados no cumprimento da disponibilidade de serviços de saúde

Democracia

No caso *Grimmark v. Suécia* o TEDH baseou-se em um argumento democrático para confirmar a validade da decisão de um hospital sueco de não contratar um profissional de saúde que se recusava a realizar abortos por objeção de consciência.

O TEDH reconheceu o valor da liberdade de expressão, da pluralidade e da tolerância de informações e ideias, que caracterizam uma sociedade democrática.¹¹⁴ Em particular, o TEDH considerou que a lei sueca que exige que funcionários desempenhem todas as suas funções de trabalho, tal como aplicada às parteiras e aos abortos legais, permite interferir na liberdade de consciência. A interferência na liberdade de consciência para proteger a saúde de mulheres que procuram um aborto legal foi aceita como indiscutivelmente “necessária numa sociedade democrática” como a Suécia, que oferece serviços de aborto, e “proporcional”.¹¹⁵ Em outras palavras, permitir que a objeção de consciência frustre a prestação de serviços de aborto prejudicaria o interesse do Estado democrático em cumprir um direito fundamental e não daria o peso adequado aos interesses das pessoas que buscam esses serviços.

Impacto negativo da objeção de consciência nos serviços de saúde

Vários tribunais e órgãos de direitos humanos reconheceram que as tentativas de impedir o acesso de gestantes a serviços de aborto — por exemplo, por meio de dissuasão, desinformação, atrasos e abuso de poder — com base na objeção de consciência têm um impacto negativo e levam à má gestão da organização do Estado.

¹¹² Ibid., parágrafo 281.

¹¹³ Ibid., parágrafo 297.

¹¹⁴ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Grimmark v. Suécia* (Ap. n.º 43726/17), 11 de fevereiro de 2020, parágrafo 31.

¹¹⁵ Ibid., parágrafos 25-26.

Salvaguardas institucionais, como o dever do Estado de regulamentar claramente a objeção de consciência, proibir a objeção de consciência institucional, monitorar e penalizar o uso indevido da objeção de consciência por indivíduos, são mecanismos essenciais para prevenir, controlar e sancionar a má gestão dos serviços de saúde que poderia resultar do uso da objeção de consciência.

O Comitê de Direitos Humanos,¹¹⁶ o Comitê CEDAW,¹¹⁷ o TEDH,¹¹⁸ o Comitê Europeu dos Direitos Sociais,¹¹⁹ e a CIDH¹²⁰ justificaram a imposição de obrigações aos Estados devido ao impacto negativo da objeção de consciência nos serviços de saúde e à necessidade de mitigar esse efeito.

¹¹⁶ Comitê de Direitos Humanos, *K.L. v. Peru*, Comunicação n.º 1153/2003, Doc. ONU. CCPR/C/85/D/1153/2003; e Comitê de Direitos Humanos da ONU, *L.M.R. v. Argentina*, Comunicação n.º 1608/07, Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007.

¹¹⁷ Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, *L.C. v. Peru*, Comunicação n.º 22/2009, Doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009.

¹¹⁸ Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *Tysiąc v. Polônia* (Ap. n.º 5410/03) de 24 de setembro de 2007; Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *R.R. v. Polônia* (Appl. N.º 27617/04) de 28 de novembro de 2011; e Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, *P. e S. contra Polônia* (Appl. N.º 57375/08) de 30 de outubro de 2012.

¹¹⁹ Comitê Europeu dos Direitos Sociais, Federação Internacional de Planejamento Familiar - Rede Europeia (IPPF-EN) contra Itália, Recurso n.º 87/2012, decisão sobre o mérito de 10 de setembro de 2013.

¹²⁰ Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. México*, Caso nº 161-02, Acordo Amigável de 9 de março de 2007.

Conclusão

De acordo com instrumentos e órgãos internacionais e regionais de direitos humanos, bem como com base em decisões vinculantes e não vinculantes destes órgãos:

1. Nenhum instrumento jurídico internacional obriga os Estados a reconhecer a objeção de consciência na área da saúde em geral ou no aborto em particular.
2. Os Estados que reconhecem a objeção de consciência devem impor limites claros ao seu exercício. Os mais comuns na legislação comparada são os deveres do profissional de saúde de informar a paciente em tempo hábil que exercerá a objeção de consciência, encaminhá-la a outro profissional disponível em tempo hábil, informá-la sobre seus direitos e respeitar quaisquer outros requisitos procedimentais para a objeção, bem como a proibição de invocar a objeção de consciência em situações de emergência ou atendimento urgente.
3. Os sistemas internacionais e regionais de direitos humanos, bem como os Estados, tendem a reconhecer a objeção de consciência como um direito que só os indivíduos, e não as instituições, podem exercer.
4. Os sistemas internacionais e regionais de direitos humanos estabelecem a necessidade de os Estados disporem de salvaguardas institucionais para garantir o acesso de mulheres aos serviços de saúde. As mais frequentemente mencionadas são os deveres de regulamentar claramente a objeção de consciência; proibir a objeção de consciência institucional; estabelecer mecanismos de encaminhamento; garantir um número adequado de profissionais de saúde que não sejam objetores em instituições públicas, o que pode implicar a não contratação de profissionais objetores em determinados contextos; e estabelecer mecanismos de monitoramento, supervisão e sanção.
5. Órgãos internacionais de direitos humanos têm justificado o dever dos Estados de regulamentar o exercício da objeção de consciência usando três categorias de argumentos baseados em direitos, com base em:

- a. os direitos de pacientes, que dizem respeito aos seus direitos à vida, à saúde e à integridade pessoal; à igualdade e à não discriminação; e à proteção contra tratamentos cruéis, desumanos e degradantes;
- b. os direitos de profissionais de saúde não-objetores a trabalhar em um ambiente livre de violência e discriminação; e
- c. o papel e as responsabilidades dos Estados na prestação de serviços de saúde, o que diz respeito à democracia e ao impacto negativo da objeção de consciência nos serviços de saúde.

Agradecimentos

Este *policy brief* foi pesquisado por Agustina Ramón Michel, Dana Repka e Donatella Zallocco como parte de um projeto da REDAAS, ELA e CEDES, com o apoio da IPAS LAC. O *policy brief* foi escrito por Agustina Ramón Michel, Dana Repka, Donatella Zallocco e Cristina Quijano Carrasco.

O *policy brief* foi revisado e editado por Heather Barr, diretora associada da Divisão de Direitos das Mulheres, e por uma editora sênior da Divisão de Direitos das Mulheres. Aisling Reidy fez a revisão jurídica. As revisões especializadas foram realizadas por Margaret Wurth, pesquisadora sênior da Divisão de Direitos da Criança; Kriti Sharma, diretora associada da Divisão de Direitos das Pessoas com Deficiência; e Matt McConnell, pesquisador da Divisão de Saúde e Direitos Humanos. Stephanie Lustig, assistente de pesquisa da Divisão de Direitos das Mulheres, prestou apoio administrativo. A assistência de design e produção foi prestada por Subhajit Saha, coordenador sênior da Divisão de Direitos das Mulheres, e Travis Carr, responsável pelas publicações. Doris Miranda criou a ilustração da capa.

