

Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde

Secular state, conscientious objection and public health policies

Estado laico, la objeción de conciencia y las políticas de salud

Débora Diniz ^{1,2}

¹ Anis Instituto de Bioética
Direitos Humanos e Gênero,
Brasília, Brasil.

² Universidade de Brasília,
Brasília, Brasil.

Correspondência

D. Diniz

Anis Instituto de Bioética
Direitos Humanos e Gênero,
Caixa Postal 8011, Setor
Sudoeste, Brasília, DF
70673-970, Brasil.
d.diniz@anis.org.br

A laicidade importa para as políticas de saúde. Laicidade é mais do que neutralidade religiosa nos atos de governo – é a condição de possibilidade para governamentalidade de um Estado plural e democrático. Em saúde, importa saber onde os governantes buscam inspiração para seus atos oficiais: no conhecimento acadêmico ou nas religiões. A inquietação pós-moderna sobre o estatuto da verdade não é suficiente para destituir a ciência de seu valor para a formulação de políticas públicas. Por isso, nem tudo vale no campo moral para fundamentar práticas de saúde como deveres para os cidadãos de um Estado laico.

Meu argumento é simples – religião deve ser matéria de ética privada, e políticas públicas de saúde não devem ser fundamentadas em misticas religiosas sobre o bem-viver. Por isso, tratamentos psicoterápicos para reversão da homossexualidade não são boas práticas científicas, mas charlatanismos. Da mesma forma, proibir pesquisas com células-tronco embrionárias por reclamar o direito à vida do embrião congelado é dogma religioso e não uma discussão séria sobre a morfologia da gênese humana. Ciência ou charlatanismo, pesquisa ou dogma não são adjetivos para qualificar práticas, mas substantivos políticos.

É como substantivo político que pretendo provocar a principal expressão da frágil laicidade

do Estado brasileiro em saúde – a inquietação crescente com o dispositivo da *objeção de consciência*. O que significa objeção de consciência? A recusa de profissionais de saúde ao dever de assistência por razões morais. O cenário mais comum é o do aborto: médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou psicólogos recusam-se, cada um de acordo com seu regime de saber e poder, a acolher uma mulher que deseja realizar um aborto. Essa não é uma novidade de um tempo político em que pastores presidem comissões de direitos humanos no Congresso Nacional. A história de Severina aconteceu em 2004, poucos dias após a liminar de anencefalia ter sido cassada pelo Supremo Tribunal Federal ^{1,2}. Mesmo diante de um alvará judicial, os médicos anestesistas do serviço de referência para o aborto legal se recusaram a atendê-la – alegavam razões religiosas.

Severina era católica e não entendeu por que uma decisão da Justiça não era suficiente para garantir-lhe o direito ao aborto. Seu documento biográfico era a carteira profissional de trabalho – uma impressão existencial de sua classe e origem. Foram horas de espera: seu corpo grávido de um feto inviável foi incapaz de sensibilizar os que tinham por dever assisti-la. Seus potenciais cuidadores se descreviam em sofrimento moral: o aborto era uma grave ameaça ao sentimento de integridade religiosa. Por isso, a recusa seria

uma forma legítima de omissão. Nenhum médico anestesista do hospital se prontificou a acalmar suas dores. Severina esperou e peregrinou por hospitais; por fim, foi supervisionada por um anestesista voluntário de um serviço privado de saúde para um aborto realizado em hospital público.

A objeção de consciência pode ser entendida como um direito fundamental ou como uma proteção a um sentimento. Em matéria de políticas públicas de saúde, minha provocação é entender a objeção de consciência como um dispositivo de proteção a sentimentos, podendo ser garantido por medidas administrativas de acomodação interna aos serviços de saúde. Sim, arrisco redescrever o dispositivo da objeção de consciência como um ajuste de proteção, mas não como um direito absoluto quando ameaça necessidades de saúde. Justifico-me: quero crer que todos devemos ter o direito inalienável à desobediência civil – a resistência à convocação para as guerras é um belo exemplo. Queremos um Estado que proteja nossas crenças individuais, seja para professar crenças ou para marchar por liberdades. Mas não basta declarar a liberdade de pensamento e expressão para que a objeção de consciência seja também um direito absoluto e universal. Ao menos para a assistência em saúde.

Se assim fosse, os serviços públicos de saúde sofreriam uma grave ameaça com a crescente sobreposição entre religiões e direitos na política brasileira. De funcionários administrativos a profissionais biomédicos, todos estariam protegidos pelo princípio constitucional da liberdade de consciência para abdicar de seus deveres profissionais, fosse ele o preenchimento de uma ficha de acolhimento, a realização de um aborto ou a higienização de uma paciente. As possibilidades são exponenciais e intimidam quem busca cuidado pelas aflições, pelos medos ou pelas dores nas unidades de saúde. Esse é o caso de uma mulher violentada quando alcança a rota crítica do aborto nos serviços públicos. Mas poderia ser de diversas outras situações em que moralidades e deveres se cruzam com direitos e necessidades.

Há quem sustente que médicos não poderiam ser objetores. A recusa de assistência seria uma medida moral incompatível com a natureza da profissão médica³. Essa me parece uma compreensão que se baseia antes em tipos profissionais ideais que mesmo em sujeitos concretos, cuja vida moral é, ao mesmo tempo, uma escolha e uma herança. Melhor que confrontar médicos em suas crenças e fragilidades, a saída é organizar o tenso encontro entre dogmas, sentimentos e necessidades de saúde. Os sujeitos são livres para transformarem-se em médicos. O aborto é um ato exclusivo de médicos, sendo vedado a

enfermeiras ou parteiras realizá-lo mesmo em regiões longínquas do país. Os médicos são livres para professar suas crenças morais, sejam elas religiosas ou não. As mulheres são livres para decidir se querem abortar quando vítimas de um estupro. Esse é o cenário que tensiona reclames por sofrimentos e direitos: as mulheres têm o direito ao aborto e não querem ser atendidas por médicos em sofrimento.

Existem, pelo menos, duas maneiras de enfrentar a questão da objeção de consciência em um marco laico de políticas públicas de saúde, isto é, onde crenças religiosas não são absolutas e tampouco definidoras do pacto político. A primeira maneira aposta que ajustes administrativos nos serviços são capazes de equacionar necessidades e sentimentos. Em uma linguagem biomédica, haveria medidas de regulação e prevenção: (a) montagem de escalas de trabalho sem profissionais objetores; e (b) não participação de profissionais objetores em práticas contrárias às suas consciências. O Hospital Pérola Byington, em São Paulo, um dos centros de referência no país para o aborto legal, foi ousado em uma medida preventiva – o edital do recente concurso público para psicólogo explicita o destino do futuro funcionário do Estado: o serviço de aborto legal. Mas é a segunda maneira a que mais me interessa aqui: é preciso afastar o tema da objeção de consciência da esfera religiosa e localizá-lo no campo das relações de poder e dominação.

Um Estado laico acredita na sinceridade das crenças de seus cidadãos. Um médico que declara objeção de consciência por sofrimento religioso no cuidado à saúde sexual de um homem homossexual ou de uma mulher vítima de estupro que deseja abortar deve ser ouvido em suas dores. Ser cuidado em suas angústias não é o mesmo que garantir a omissão de seus deveres. A sobreposição entre sofrimento e direito à objeção de consciência é resultado antes da hegemonia do poder médico que de uma medida refletida sobre justiça em saúde. Uma mulher violentada que busca um aborto legal e se confronta com equipes objetoras sofre discriminação, além de uma suspensão injusta de cuidados em saúde. Assim, se é possível reconhecer a objeção de consciência como um arranjo institucional de equipes, é também justo afirmar que as instituições de saúde têm o dever de garantir a assistência, sem que as mulheres sejam perturbadas por demandas individuais de recusa de assistência.

A verdade é que a objeção de consciência não se estende a todos os sujeitos como um direito absoluto de intimidade. As normas técnicas que regulamentam o aborto legal no Brasil reservam-na aos sujeitos diretamente envolvidos nos procedimentos do aborto, isto é, aos médicos⁴. Se,

por um lado, essa reserva moral é um alento às mulheres e suas necessidades de saúde, por outro, é também um indício daquilo que se protege com a objeção de consciência como um dispositivo médico – hierarquias antes que crenças. É a hegemonia médica o que se resguarda quando se reconhece a intocabilidade dos sentimentos dos médicos. Mas é também o tabu do aborto como uma questão religiosa o que se reafirma quando a objeção de consciência se transforma em um direito médico. Ao final, a laicidade torna-se um adjetivo das políticas públicas e não um substantivo que legitimaria as práticas políticas sobre o justo em saúde.

1. Diniz D, Brum E. Uma história Severina [internet]. Brasília: ImagensLivres; 2005 (acessado em 01/Ago/2013). Vídeo: 23'. <http://www.youtube.com/watch?v=65Ab38kWFhE>.
2. Oliveira RM, Silva EQ. Interview with Debora Diniz about the film *The House of the Dead*. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology* 2012; 9:535-50.
3. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* 2006; 332:294-7.
4. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:981-5.

Recebido em 02/Ago/2013

Aprovado em 06/Ago/2013