

Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia

Representations and experiences of obstetrician/gynecologists with legal and illegal abortion in two maternity-hospitals in Salvador da Bahia

Silvia De Zordo¹

Abstract *The objective of this qualitative study, carried out in two maternity-hospitals in Salvador da Bahia, was to investigate the experience and representations of health professionals, and particularly obstetricians-gynecologists, regarding legal abortion in comparison with their representations and experience with illegal abortion. A questionnaire was distributed and semi-structured interviews were conducted with 25 health professionals (13 obstetricians-gynecologists) in a hospital providing legal abortion (P) and with 20 health professionals (9 obstetricians-gynecologists) in another hospital that does not provide this service (F). The factors that influence the representations and experience of abortion of most obstetricians-gynecologists and explain the high rate of conscientious objection at Hospital P were: 1- the criminalization of abortion and the fear of being denounced; 2- the stigmatization of abortion by certain religious groups and by the physicians themselves; 3- training in obstetrics and the lack of good training in the epidemiology of maternal morbidity-mortality and abortion; 4- representations on gender relations. The main factors associated with liberal attitudes were: age – under 30 and over 45 years of age – experience with high maternal mortality rates due to abortion and experience with legal abortion.*

Key words *Abortion, Stigma, Conscientious objection*

Resumo *O objetivo deste estudo qualitativo, realizado em dois hospitais-maternidade de Salvador da Bahia, foi investigar a experiência e as representações do aborto legal, analisadas em contraste com as representações do aborto ilegal, dos profissionais de saúde, em particular dos ginecologistas-obstetras. Usou-se como instrumentos um questionário e entrevistas semi-estruturadas com 25 profissionais de saúde (dos quais 13 ginecologistas-obstetras) num hospital que oferece um serviço de aborto legal (P), e 20 profissionais de saúde (dos quais 9 ginecologistas-obstetras) em outro hospital, que não oferece este serviço (F). Os fatores que mais influenciam as representações dos ginecologistas-obstetras entrevistados acerca do aborto e que explicam a alta taxa de objeção de consciência no hospital P foram: 1- a criminalização do aborto e o medo de serem denunciados; 2- a estigmatização do aborto por certos grupos religiosos e pelos próprios médicos; 3- o treinamento em obstetrícia e a falta de uma formação boa no campo da epidemiologia da morbimortalidade materna e do aborto; 4- as representações acerca das relações de gênero. Os fatores principais associados à atitudes liberais foram: a idade - abaixo de 30/acima de 45 anos - a experiência com altas taxas de mortalidade materna devidas ao aborto e a experiência com o aborto legal.*

Palavras-chave *Aborto, Estigma, Objeção de consciência*

¹ Department of Anthropology, Goldsmiths-University of London. 8 Lewisham Way, SE14 6NW London. ans01sd@gold.ac.uk

Introdução

O Código penal brasileiro classifica o aborto (auto e heteroaborto) como crime contra a vida. Os únicos três casos nos quais pode ser praticado legalmente por médicos são: risco de vida da gestante, gravidez resultante de estupro e, desde abril de 2012, anencefalia. Nas últimas décadas a jurisprudência brasileira tem autorizado também a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal incompatível com a vida, mas até abril deste ano era preciso ter a autorização de um juiz. Embora o Código Penal incrimine o aborto, no Brasil ele é amplamente praticado e dificilmente punido segundo a Lei, mesmo em caso de morte da gestante^{1,2}. Porém, nos últimos anos o tema do aborto, legal e ilegal, tem sido muito debatido nas cortes brasileiras e também na mídia e na arena política. Uma clínica de planejamento familiar no Mato Grosso, onde se faziam abortos clandestinos, foi fechada pela polícia em 2008 e mais de cem pacientes foram indiciadas por esse crime³. Em 2009, os médicos que realizaram um aborto legal no Pernambuco numa criança de 9 anos, estuprada pelo padrasto e grávida de gêmeos, foram publicamente excomungados pelo arcebispo de Recife e Olinda⁴. Por fim, no ano passado, o tema da descriminalização e da legalização do aborto foi o centro da última fase da campanha eleitoral presidencial, o que demonstra a importância política deste tema a nível nacional.

Desde a democratização do País, no final dos anos 80, representantes dos partidos de esquerda e do movimento feminista submeteram ao Congresso vários projetos de Lei visando descriminalizar e legalizar o aborto no Brasil. Porém, a Igreja católica e algumas Igrejas evangélicas conseguiram sempre bloquear o debate no Congresso e na última década tem se multiplicado os projetos de Lei visando modificar a Lei sobre aborto no sentido mais restritivo⁵. Apesar de ser criminalizado, o aborto induzido é um fenômeno comum. Os resultados da pesquisa nacional mais recente⁶, indicam que mais de uma em cada cinco mulheres brasileiras já fez aborto. Sendo esta prática mais comum entre mulheres de menor escolaridade, enquanto não se observa uma diferença relevante na prática em função da crença religiosa. Na metade dos casos as mulheres usaram medicamentos para a indução do último aborto e em cerca de metade destes foi observada a internação pós-aborto.

Desde 1990 vem crescendo no país a autoadministração de misoprostol (conhecido como Citotec no Brasil) para provocar o aborto, em-

bora sua venda ao público seja proibida. A impressão clínica é de que houve uma redução de complicações graves pós-aborto. De fato, os coeficientes de mortalidade materna caíram de 140/100.000 nascidos vivos em 1990 a 75/100.000 em 2007 (-56%) e o aborto passou a ser a quinta causa principal de mortalidade materna no País⁷. Porém, alguns autores atribuem sequelas graves ao uso clandestino do misoprostol (sem acompanhamento médico), desde malformações fetais até a morte materna por rotura uterina^{8,9}. Na única pesquisa de abrangência nacional sobre morbi-mortalidade materna, realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2002¹⁰, destacaram-se os casos de Recife e, particularmente, de Salvador, onde, na década de 90, o aborto representava a principal causa de morte materna^{11,12}. Em Salvador, a curetagem representa o segundo procedimento cirúrgico mais realizado nos Hospitais maternidades públicos¹³ e o aborto provocado é a primeira causa da mortalidade materna. Suas vítimas são principalmente adolescentes e mulheres jovens entre 15 e 24 anos, negras, vivendo nas áreas periféricas de região metropolitana¹⁴.

No que se refere ao aborto legal, poucos hospitais oferecem este serviço (em Salvador apenas um). Porém, desde os anos 90 a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e o Ministério da Saúde desenvolveram várias ações para garantir o direito à interrupção da gestação dentro do marco legal, em particular a "Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes"¹⁵ e a Norma Técnica sobre a "Atenção Humanizada ao Abortamento"¹⁶.

É muito difícil avaliar o impacto destas Normas Técnicas sobre a formação dos profissionais de saúde e a qualidade dos serviços de aborto legal, porque poucos pesquisadores têm tratado do assunto no Brasil. A maioria dos estudos sobre as representações dos profissionais de saúde acerca do aborto tem sido realizada no Sul, no Sudeste ou no DF e tem tido como objetivo principal estudar a opinião dos médicos sobre a descriminalização e sua legalização.

Em 2003, Faundes et al. enviaram 14.320 questionários para todos os médicos afiliados à Febrasgo para avaliar o conhecimento e as opiniões de ginecólogos e de obstetras a respeito da legislação brasileira sobre aborto e 30% foram retornados completos¹⁷. Apesar da taxa de respostas muito baixa, trata-se de um estudo importante, porque é o único estudo nacional sobre este tema.

Dos médicos que participaram do estudo, 83,0% demonstraram ter um conhecimento adequado da Lei, mas só 15,3% tinham um conhecimento adequado dos documentos necessários para realizar um aborto legal. Os jovens médicos demonstraram um conhecimento melhor da Lei. Porém, os médicos mais velhos tinham um conhecimento mais adequado sobre documentos necessários para realizar um aborto legal, o que poderia indicar que este conhecimento é adquirido através da prática clínica. A maioria dos médicos tinha uma opinião liberal acerca de possíveis modificações da Lei brasileira. Porém, os médicos do Sul e do Sudeste tinham opiniões mais liberais do que os médicos do Norte, os respondentes homens tinham opiniões levemente mais liberais do que as mulheres e os médicos sem filhos ou com dois filhos no máximo tinham opiniões mais liberais dos que tinham um maior número do que dois.

Poucos estudos qualitativos têm investigado, além da opinião e do conhecimento da Lei, a experiência e as representações acerca do aborto dos profissionais de saúde. Em 1995 a antropóloga Karen Giffin realizou uma pesquisa através de entrevistas com 151 médicos trabalhando em quatro hospitais públicos no Rio de Janeiro¹⁸. A maioria deles considerava que o aborto era um problema de saúde pública e defendia sua descriminalização a fim de diminuir a morbi-mortalidade relacionada com esta prática. Ao mesmo tempo, o aumento do acesso aos meios contraceptivos foi sublinhado como importante forma de prevenção do aborto.

No começo dos anos 2000, Gilberta Santos Soares realizou um estudo qualitativo sobre as representações dos profissionais de saúde sobre o abortamento legal na Paraíba e no Distrito Federal. A maioria deles viviam um conflito cotidiano muito forte entre a carga da influência religiosa e o comprometimento com a assistência. A influência das convicções morais e religiosas, aponta a pesquisadora, comprometia, às vezes, a qualidade da assistência, porque impedia a solidariedade com as pacientes. Ao mesmo tempo: "as experiências de atendimento às mulheres em situação de violência sexual provocaram possibilidades de mudança dos valores e a resignificação da prática dos profissionais de saúde"¹⁹.

Outro estudo qualitativo sobre as representações dos profissionais de saúde acerca do aborto seletivo foi realizado em 2005 num hospital público de referência em Santa Catarina²⁰. Todos os profissionais de saúde entrevistados (8) se declararam favoráveis à interrupção de gravidez em

caso de anencefalia ou malformação fetal grave e a maioria criticou a burocracia jurídica. Porém, nem todos os médicos se declararam disponíveis a realizar estes procedimentos, por causa de suas convicções religiosas ou morais.

No Nordeste, o MUSA, o centro de pesquisa sobre mulheres e saúde do ISC (Instituto de Saúde Coletiva) da UFBA (Universidade Federal da Bahia) têm recentemente finalizado um estudo etnográfico pioneiro sobre "Percepções e experiências de usuárias do Sistema Único de Saúde, de profissionais e de gestores da saúde sobre o aborto induzido em Salvador" em três Hospitais maternidade de Salvador, e está atualmente desenvolvendo outro estudo sobre a morbi-mortalidade e a atenção ao aborto no Nordeste.

O presente estudo comparativo, realizado entre Setembro e Outubro 2009 em dois hospitais de Salvador, pretende contribuir às pesquisas qualitativas realizadas pelo MUSA sobre o aborto induzido, visando examinar a experiência e as representações dos profissionais de saúde, e em particular dos ginecologistas-obstetras do aborto previsto em Lei, analisadas em relação e em contraste com as representações do aborto ilegal. Neste artigo se analisará, em particular, como elas são influenciadas de um lado pela Lei, pelo debate político e religioso sobre o aborto e pelas convicções políticas e religiosas individuais dos profissionais; do outro lado pelo treinamento e pela experiência clínica deles. Em linha com a literatura contemporânea sobre este tema^{21,22}, se analisará também se e como o estigma do aborto influencia as escolhas profissionais e a prática clínica dos profissionais de saúde, em particular dos ginecologistas-obstetras.

Método

A pesquisa apresentada neste artigo foi realizada através de questionários e entrevistas semiestruturadas com 25 profissionais de saúde no Hospital P, que é situado na área central da cidade e oferece um serviço de aborto legal, dos quais 13 eram ginecologistas-obstetras (7 mulheres/6 homens; 3: 25-35 anos; 4: 35-45 anos; 6: 45-60 anos). No Hospital F, que é localizado na periferia da cidade e não oferece este serviço, foram entrevistados 20 profissionais de saúde, dos quais 9 ginecologistas-obstetras, incluindo a Diretora recém eleita que tinha uma longa experiência de trabalho no hospital (5 mulheres/4 homens; 4: 25-35 anos; 5: 45-60 anos). Além dos ginecologistas-obstetras, os outros profissionais de saúde

de entrevistados foram: anestesistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogas e as diretoras dos Hospitais. Feita exceção por aqueles que estavam de férias ou de licença prêmio ou maternidade, todos os ginecologistas-obstetras foram convidados a participar seja pela pesquisadora principal e/ou sua assistente de pesquisa, seja através de cartazes pendurados no quarto de descanso deles. Porém, só 40% aceitou participar. Uma minoria de médicos recusou por causa do tema da pesquisa, demasiado sensível para eles. A maioria alegou falta de tempo, mas recusou também ser entrevistado fora do hospital em horários mais convenientes, o que poderia indicar uma resistência a se confrontar com o tema da pesquisa. Vale considerar também que a pesquisa teve uma duração mais curta do que tinha sido planejado (um mês em vez de três), devido ao longo processo de avaliação e aprovação do projeto de pesquisa pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). É possível que em 3 meses se tivesse coletado um número maior de entrevistas.

Resultados

A experiência e a opinião dos profissionais de saúde acerca do aborto legal e da Lei

No Hospital P, 89 mulheres vítimas de estupro, grávidas, pediram para interromper a gravidez entre 2002 e 2008, mas só 49 conseguiram um aborto legal (dados fornecidos à pesquisadora pela Diretoria do Hospital P em outubro 2009). Em muitos casos, quando as mulheres solicitavam o aborto ou quando o comitê de ética do hospital aprovava o pedido delas, o prazo legal para o abortamento já tinha decorrido.

De acordo com as assistentes sociais e as psicólogas, estas mulheres, na maioria dos casos *adolescentes* ou *mulheres jovens*, são encaminhadas por instituições que se ocupam de mulheres vítimas de violência e oferecem assistência psicológica. Porém, quando chegam ao hospital elas devem passar por outra entrevista com a assistente social e com a psicóloga. Por quê?

Uma das psicólogas, Janaina (todos os nomes são fictícios), explicou: *a gente vê qual o estado emocional dela [...] e também os recursos psicológicos dela para enfrentar essa situação... e a possibilidade de interrupção dessa gestação... a gente procura saber com elas qual a decisão delas... algumas já vem com uma decisão tomada [...] e outras vem ainda um pouco em dúvida... então a gente*

vai trabalhando com isso... se necessário a gente faz outros atendimentos...

Nas entrevistas, contaram as psicólogas, às vezes emergiam conflitos entre mães e filhas em torno da gravidez ou da decisão de interrompê-la e acontecia, embora raramente, que uma adolescente decidisse não interromper a gravidez.

Graziella, outra psicóloga, acrescentou: *nosso objetivo não é dizer se é verdade ou mentira, ou seja se a mulher solicitando um aborto legal tem sido estuprada, como afirmaram alguns ginecologistas-obstetras, mas é: avaliar se ela tem condições psicológicas para passar pelo processo de abortamento legal [...]. A gente dá informações de como esse abortamento é feito... para que ela tenha condições de suportar.*

A maioria dos ginecologistas-obstetras entrevistados no Hospital P consideravam importante não só que estas pacientes passassem pela entrevista com a assistente social e a psicóloga, mas também que cada caso fosse avaliado pelo comitê de ética do hospital. O objetivo deste processo era, na opinião deles, verificar: 1- se tinham as indicações para uma interrupção legal da gravidez; 2- se tinha alguma condição clínica que impedia o procedimento, e, por fim, 3- se a mulher estava segura, se ela queria abortar. Só uma minoria de ginecologistas-obstetras, os que tinham uma atitude muito conservadora acerca do aborto (3), falaram que era preciso confirmar se havia tido um estupro ou não. Como explicou um deles, católico praticante e contrário ao aborto sem nenhuma exceção: *Elas podem mentir... tanto que você não pode fazer [...] tem que passar pela comissão de ética... ser avaliado... julgado...* Outra ginecologista, ela também a favor de uma Lei mais restritiva, contou um caso no qual ela tinha tentado convencer a paciente a não abortar: *Ela tinha tido na verdade já relações sexuais outras vezes com a pessoa... A mãe insistia, porque não queria. Eu não concordava, tentei convencer a filha e a mãe, não se dava para entender o que a filha queria. Neste caso não era bem claro se tinha sido estupro por uma pessoa conhecida. Era mais uma gravidez indesejada do que estupro. Ela foi abortada, com 5 meses: foi quase um parto.* Esta ginecologista, espírita, era contrária ao aborto também em caso de estupro. Porém, ela acrescentou: *Vendo pelo lado religioso não concordo, mas se fosse comigo eu gostaria de fazer um aborto.*

A maioria dos ginecologistas-obstetras do Hospital P concordava com a Lei atual sobre o aborto, e acrescentou que o aborto deveria ser legalizado também em casos de malformações fetais graves. Seis dos 13 ginecologistas entrevis-

tados (2 mulheres e 4 homens) acrescentaram que se a mulher não quer continuar a gravidez ela deveria poder realizar um aborto legal: eram favoráveis, então, à legalização do aborto. A maioria deles tinha mais de 45 anos e 4 (3 homens e uma mulher) tinham já realizado um aborto legal no hospital. Entre os outros, uma jovem ginecologista, que tinha já realizado abortos legais, era favorável à legalização em casos de graves malformações fetais e problemas psicológicos da mulher; 3 (2 mulheres que tinham menos de 35 anos e um homem que tinha mais de 55 anos) concordavam com a Lei mas não tinham realizado abortos legais, e os outros 3 (2 mulheres e um homem cuja idade variava entre 37 e 40 anos) eram favoráveis a uma Lei mais restritiva por suas convicções religiosas.

No Hospital F, que não oferece um serviço de aborto legal, só 3 dos 9 ginecologistas entrevistados (2 mulheres e um homem, todos com mais de 45 anos de idade) declararam que o aborto deveria ser legalizado se a mulher não quer continuar a gravidez, mas um deles acrescentou que cada caso deveria ser avaliado e justificado. Entre os outros, uma ginecologista de 57 anos falou que o aborto deveria ser legalizado também em caso de mulher HIV positiva e 2 ginecologistas (um homem e uma mulher de 28 e 29 anos) declararam que o aborto deveria ser legalizado, o primeiro em caso de anencefalia, e a segunda se uma mulher não quer continuar aquela gravidez. Porém, esta jovem ginecologista acrescentou que não deveria ser permitido em caso de falência contraceptiva ou de problemas financeiros, porque o aborto seria utilizado como método contraceptivo. Por fim, 2 ginecologistas (um homem e uma mulher de 32 e 33 anos), declararam concordar com a Lei atual, e outro, de 50 anos, se declarou contrário a legalização mas afirmou entender as mulheres que decidem interromper a gravidez em caso de estupro e de graves malformações fetais incompatíveis com a vida.

Nos dois hospitais a idade – acima de 45 anos – e a experiência com o aborto legal emergiram como os fatores mais fortemente associados com uma atitude favorável à legalização do aborto entre os ginecologistas-obstetras, enquanto o sexo dos respondentes ou o estado civil e o número de filhos não emergiram como fatores determinantes. No que se refere ao conhecimento dos documentos necessários para poder realizar abortos legais, 50% dos ginecologistas entrevistados nos dois hospitais achavam que uma ordem judicial devia ser sempre exigida. Em particular, os ginecologistas do Hospital F, que não

oferece um serviço de aborto legal, tinham pouco conhecimento sobre estes documentos. Só uma minoria, em particular os ginecologistas que já tinham assistido ou realizado abortos legais, conhecia as Normas Técnicas que esclarecem que a palavra da mulher estuprada é válida e não são precisos outros documentos. Estes médicos sabiam também que o Ministério da Saúde tinha promovido a humanização não só do parto (mencionado pela maioria dos profissionais de saúde entrevistados), mas também do aborto.

Pacientes legítimas ou clandestinas? O estigma da ilegalidade e o preconceito dos médicos

A maioria dos profissionais de saúde do Hospital P considerava essencial o suporte psicológico oferecido às mulheres que solicitavam um aborto legal, não só porque elas tinham sido estupradas, mas porque o procedimento utilizado era, tratando-se, na maioria dos casos, de gravidez de mais de 12 semanas, uma indução de trabalho de parto (misoprostol para expelir o feto e, depois, curetagem em anestesia geral), o que pode causar muito sofrimento. Ninguém mencionou a técnica alternativa a indução – dilatação & evacuação cirúrgica em anestesia geral – que reduz muito o sofrimento da mulher. Em contrapartida, em casos de abortos induzidos incompletos, o suporte das psicólogas não era considerado essencial (a técnica utilizada era, nestes casos, curetagem em anestesia geral). As psicólogas do Hospital P eram chamadas para atender as mulheres que tinham induzido o aborto só *se ela (a mulher) está desesperada*, explicou Graziella, *se recusa a ser tocada... se nega a fazer exame... quando é muito jovem e a equipe acha que pode ser um caso de violência...*

Casos de violência contra as mulheres grávidas foram relatados nos dois hospitais em particular pelas assistentes sociais. No Hospital F morreu uma mulher grávida que tinha sido espancada pelo parceiro. Foram relatados também vários casos de mulheres grávidas por estupro que chegavam ao hospital só na hora do parto ou depois de ter induzido um aborto em casa. A maioria dos profissionais de saúde achavam que estas mulheres não tinham solicitado um aborto legal por vergonha ou medo. Como relatou uma ginecologista-obstetra: *muitas vezes esse homem que estuprou ela é o pai... é um parente... é um primo... é um padrasto... eu fiz parto de uma de doze anos [...] ela foi seduzida pelo padrasto... tinha relações com ele desde nove anos de idade... O*

final dessa história eu não sei... o fato é que ela não reconhecia o filho... ela não teve uma relação mãe e filho... ela não queria nem ver a criança. Outra ginecologista relatou o caso de uma mulher lésbica que tinha sofrido violência por um grupo de homens da rua onde morava e tinha ficado grávida. Depois de solicitar um aborto legal ela tinha desistido porque tinha sofrido ameaças pelo grupo.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados considerava moralmente justificável a decisão de abortar das mulheres “vítimas” da violência masculina, ou seja, em caso de estupro, mas nem sempre em caso de gravidez indesejada. *Ainda existe um preconceito,* falou uma jovem ginecologista do Hospital P, *aquela questão de julgar... de ver de forma... superficial aquilo ali... eu confesso que às vezes eu também penso como elas são capazes disso... mas eu paro... porque eu não tenho que fazer isso... mas eu acho que grande parte dos médicos julgam as pacientes... inclusive eu [...] tento não fazer para não prejudicar a minha relação com elas... mas eu acho que ainda são vistas desta forma clandestina.* Os médicos mais jovens acusavam em particular os mais velhos de serem preconceituosos e questionavam seus próprios preconceitos. Porém, a maioria dos médicos, incluindo os jovens, fazia uma clara distinção moral entre as candidatas ao abortamento legal – pacientes “legítimas” -- e as mulheres que chegavam ao hospital com um abortamento incompleto, “clandestinas”.

Alguns médicos denunciaram a atitude punitiva que alguns colegas ou auxiliares de enfermagem tinham com as pacientes que tinham induzido o aborto, o que fazia com que elas fossem *esquecidas* e deixadas sangrando durante horas. Vários médicos relataram o caso de uma mulher que foi “esquecida” e morreu em outra unidade de saúde. A ginecologista que atendeu esta paciente contou: *eu presenciei aqui nesta maternidade... uma situação de uma moça... me parece... de vinte e três anos... ela já estava gestante de umas vinte semanas... usou vinte e cinco comprimidos de cytotec... por uma orientação da amiga... e provavelmente ela rompeu a bolsa... e ficou em casa [...] dois... três dias... veio pra cá... uma hora da tarde... isso foi uma falha muito grande do sistema... só foi atendida umas seis horas [...] e ela já estava em pré-choque séptico... ela desmaiou... baixou a tensão [...] quando eu cheguei no plantão... encontrei essa paciente em choque séptico [...] ela foi transferida daqui... uma hora da manhã [...] chegou na maternidade referência... e morreu cinco horas da manhã...*

As mulheres que chegavam com abortos incompletos no hospital eram consideradas *clandestinas* por duas razões principais, citadas pelos ginecologistas: 1- porque ocupavam os leitos que deveriam ser reservados às mulheres grávidas, e 2- porque a missão da obstetrícia é *salvar a vida*, ou, como falou um ginecologista: *cuidar dos fetos vivos*. Porém, a maioria dos médicos descreveu as mulheres que induziam o aborto como vítimas de difíceis condições econômicas, sociais e familiares, o que justificava parcialmente a decisão delas, e nenhum ginecologista tinha recusado ou recusaria atender uma paciente com sintomas graves. As assistentes sociais e algumas auxiliares de enfermagem mostraram ter mais empatia com estas pacientes. Uma auxiliar de enfermagem falou: *eu passei por uma gravidez não planejada e meu marido foi embora: foi difícil mesmo.*

Kumar et al.²¹ afirmaram que a mulher que induz o aborto muitas vezes é estigmatizada, na família, na comunidade ou no hospital/clínica onde ela é atendida, porque transgredir toda uma série de normas de gênero: ela é a demonstração concreta que nem todas as mulheres tem aquele “instinto maternal” que as levaria a cuidar dos seres sociais mais vulneráveis – a criança, e, por extensão, o feto, mas também os doentes e os velhos – que a maternidade não é sempre central na vida de uma mulher e que a sexualidade feminina não é sempre finalizada à reprodução.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados, embora considerasse a experiência da maternidade muito importante na vida das mulheres, considerava as mulheres pobres que tinham muitos filhos e as mulheres jovens e as adolescentes que ficavam grávidas *irresponsáveis*. A prioridade, para as mulheres jovens, pobres, devia ser o estudo, finalizado à procura de um bom trabalho. Elas deviam, então, usar métodos contraceptivos eficazes e assumir a responsabilidade da contracepção sozinhas porque, como falaram muitos, os homens são *machistas* e não cuidam da contracepção. Sendo vários métodos anticoncepcionais oferecidos de graça pelos centros públicos de saúde, uma gravidez não desejada não era, então, considerada totalmente justificável.

A objeção de consciência

Ao contrário do aborto induzido, o aborto por estupro era moralmente justificável na opinião da maioria dos profissionais de saúde entrevistados. Porém, muitos médicos se perguntavam: *e se elas mentirem?* Embora a maioria deles não se definisse religiosa praticante e não consi-

derasse o aborto um crime ou um pecado, esta incerteza e o medo de transgredir a Lei levava muitos médicos a se recusarem a realizar abortos legais.

A necessidade de proteção legal era percebida de maneira mais forte pelos poucos médicos do Hospital P que realizavam os abortos legais ou tinham fornecido assistência aos colegas durante o procedimento (5). Alguns meses antes do início desta pesquisa, este hospital tinha sido invadido por um grupo de políticos e ativistas espíritas e católicos que tentaram convencer uma adolescente grávida por estupro a não abortar e impedir que os médicos realizassem a cirurgia. A Diretora do hospital chamou os representantes da justiça e da administração local para acalmar o grupo e proteger a adolescente e os médicos. Entretanto uma ecografia mostrou que o feto já estava morto, então o abortamento tinha que ser praticado com urgência. Este incidente tinha provocado muita ansiedade e estresse entre os médicos e os outros profissionais de saúde envolvidos.

O resultado do medo de possíveis denúncias era que todos os pedidos de aborto legal em caso de estupro fossem analisados pelo comitê de ética do hospital, o que implicava uma espera de uma semana ou mais. Como observaram alguns ginecologistas-obstetras, o tempo de espera às vezes era tão longo que a gravidez vencia o prazo estabelecido pela Lei. Outro problema era que estas mulheres tinham que esperar, depois de serem internadas, por um médico que não se recusasse a praticar o aborto. Às vezes o plantão inteiro recusava realizar o procedimento. **É como o jogo da peteca** explicou uma obstetra espírita: a paciente subia para o centro cirúrgico e descia para a enfermaria porque ninguém queria realizar o aborto. Esta obstetra era contrária ao aborto também em caso de estupro. Porém, quando se deu conta da longa espera que as mulheres esturpradas, grávidas, tinham que enfrentar, ela decidiu fazer abortos legais. **Eu já tive muita polêmica na minha cabeça**, explicou, **eu sou espírita... mas hoje eu faço [...] eu só estou sendo um instrumento... é uma decisão dela... não é uma decisão minha... eu procuro não julgar [...] porque o que é que acontece... a paciente vem... aqui é uma referência... eu trabalho aqui... a paciente já vem toda orientada... como essa daí... a minha colega não faz... então se eu não fizesse ela ia descer para enfermaria... aí no outro dia ela subia... e aí se o médico faz... tudo bem... começa a indução... se o médico não faz... desce... a paciente já está passando por uma situação extremamente desconfortável... e aí a gente faz piorar a coisa... faz prolongar...**

porque ela vai atingir o objetivo dela... ela não vai levar isso adiante.

O Dr. Arthur, que realizava aborto legais, falou, com relação à objeção de consciência: **Existem dois discursos aí... o discurso hipócrita da sociedade... que todos têm [...] o aborto provocado é uma situação que não deve acontecer [...] mas não poderia acontecer para o outro... quando isso acontece para mim... aí poderia [...] se for para minha mulher... se for para minha filha...** Além da dupla moral, na opinião do Dr. Arthur, que dava aula aos residentes, outros fatores influenciavam as escolhas profissionais dos ginecologistas. **A escola baiana de medicina**, explicou, **é uma escola conservadora [...] Na UFBA você tem uma diversidade maior de cursos... e o contato de pessoas de cursos diferentes [...] como aulas optativas [...] favorece uma troca... uma mudança de pensamento... uma ampliação do pensamento.** A importância do debate na Universidade e durante o treinamento na residência emergiu claramente no relato de alguns jovens ginecologistas. **Há preceptores da gente**, explicou uma jovem ginecologista, **que falam que não fazem aborto legal... e dizem que só faz se for caso de risco de vida.** Porém, acrescentou ela: **se a paciente tem uma indicação de aborto legal... porque foi esturprada... ou se o bebê oferece algum risco de vida para ela... eu faria... não me recusaria não.**

Na opinião do Dr. Arthur, a maioria dos jovens ginecologistas são tendencialmente conservadores porque **eles mantêm uma resistência a tudo que for novo** e são influenciados pelos médicos e preceptores mais velhos, a maioria dos quais são conservadores também. Os resultados desta pesquisa indicam algo parcialmente diferente: cerca 40% dos ginecologistas com menos de 35 anos eram favoráveis a uma Lei mais liberal, em particular a legalização do aborto em casos de malformações fetais, ou de problemas psicológicos da mulher; e 60% concordavam com a Lei atual. A maioria deles não se declarou contrária à legalização do aborto por suas convicções religiosas ou morais, mas porque achava que haveria uma **epidemia do aborto**, caso fosse legalizado. Os jovens médicos tinham um melhor conhecimento da epidemiologia do aborto, o que poderia sugerir que o ensino neste campo melhorou, ou que estes dados circulam mais na mídia. Ao mesmo tempo eles, como também a maioria dos outros profissionais de saúde entrevistados, não sabiam que nos países onde o aborto foi legalizado a taxa de morbi-mortalidade materna e de abortos tinha diminuído. Isso poderia ser uma consequência da falta de um debate aberto sobre aborto nas Faculdades de Medicina.

A maioria dos obstetras entrevistados nos dois hospitais, incluindo os jovens, tinha visto pelo menos uma mulher morrer de aborto induzido através de manipulação ou, mais raramente, de autoadministração de citotec. Porém, apenas 1/4 deles sabiam que o aborto é a primeira causa de mortalidade materna em Salvador. Os médicos acima de 45 anos tinham presenciado mais de uma morte por aborto clandestino, em particular antes que o citotec se tornasse o método abortivo por excelência, e eram a favor da legalização do aborto para salvar a vida das mulheres pobres, que os realizam de forma insegura. Porém, nem todos estariam dispostos a realizar procedimentos abortivos caso fossem legalizados, em particular os médicos homens. Nenhum deles se definiu religioso praticante. Porém, um deles, que praticava abortos só em casos de risco de morte materna, falou: ***Deus ainda manda em mim [...] eu sinto que tenho que reformar de acordo com essa questão... mas ainda não me sinto a vontade para fazer essa reforma.*** Outro, que fazia abortos também em caso de estupro, explicou que faria abortos legais, caso mudasse a Lei, mas só se não tivesse outro médico para fazer: ***isso não é uma situação tranquila para mim [...] não é uma questão religiosa... não é um temor a Deus... não é uma questão filosófica... eu nunca consegui definir isso com clareza...*** Por fim, um colega dele, que não tinha realizado ainda abortos legais porque trabalhava em outro serviço do hospital, mas era favorável a legalização do aborto, explicou: ***posso dizer... que eu me sinto mal... interrompendo uma vida... assim se eu tivesse que matar um animal para me alimentar... eu poderia até fazer... mas não me sentiria bem [...] agora... se você me perguntar quando eu considero vida... um embrião [...] se é até dez semanas [...] até doze... se tem consciência ou não tem consciência... essa é uma discussão que não acaba nunca... e eu não quero entrar nela... porque na verdade é uma questão de como eu me sinto... mas eu não julgo essas mulheres... e nem as considero como pecadoras***

A partir da 12ª semana ***se formam os ossos*** e o feto começa a ter a aparência de uma ***criança***, apontaram vários médicos. Por esta razão eles tinham dificuldade a realizar abortos legais e a não julgar as mulheres que induziam abortos em idade gestacional avançada. Só uma minoria dos ginecologistas entrevistados sabia que, de acordo com as Normas Técnicas e com o Código de Ética médica, os médicos podem se recusar a realizar um aborto previsto em Lei só se tiverem um colega disponível a fazer o procedimento, e muitos apontaram que em caso de risco de vida

da paciente este ***deve ser real e iminente***. Ao mesmo tempo, muitos médicos, incluindo aqueles contrários à legalização do aborto, se queixaram da falta de debate sobre este tema e afirmaram que um treinamento e uma discussão interna aberta sobre o aborto legal seria útil ***para evitar o sofrimento e o constrangimento dos médicos que são contra e para oferecer um serviço melhor a nossas pacientes***, não só às estupradas, mas também às que induziram abortos clandestinos.

Conclusões

Esta pesquisa indica que os fatores que mais influenciam a prática clínica e as representações dos ginecologistas-obstetras entrevistados acerca do aborto são: 1- a criminalização do aborto e o medo de serem denunciados; 2- a estigmatização do aborto por certos grupos religiosos, internalizada pelos próprios médicos; 3- o treinamento em obstetrícia e a falta de uma formação boa no campo da epidemiologia da morbi-mortalidade materna e do aborto; 4- as representações dos médicos acerca das relações de gênero e do comportamento sexual, contraceptivo e reprodutivo de suas pacientes. Estes fatores, e em particular os primeiros três, levam muitos ginecologistas a se recusarem a realizar abortos legais.

Porém, apesar da alta taxa de objeção de consciência, a maioria dos médicos do Hospital P se declarou favorável à Lei atual e acrescentou ser favorável à legalização do aborto em casos de anencefalia e malformações fetais graves. Quase a metade dos ginecologistas entrevistados neste hospital e 1/3 dos ginecologistas que trabalhavam no outro hospital afirmaram ser favoráveis à legalização do aborto. A idade – abaixo de 30/ acima de 45 anos – a experiência com altas taxas de mortalidade materna devidas ao aborto e à experiência com o aborto legal foram os fatores principais associados às atitudes liberais acerca dessa prática. Na opinião dos médicos favoráveis à legalização, deveria ser legalizado para não discriminar as mulheres pobres que não têm acesso a todos os métodos anticoncepcionais, não conseguem sustentar muitos filhos e não podem pagar por abortos seguros em clínicas clandestinas. Estes argumentos são utilizados também pelo movimento feminista e pelos políticos de esquerda para defender sua legalização. Isso demonstra que as campanhas a favor da legalização tem influenciado a opinião dos médicos sobre o assunto, como apontei também em outro artigo²³. Porém, nem todos estariam disponíveis

a realizar abortos legais caso o este fosse legalizado. Além da religiosidade, os principais fatores associados com a indisponibilidade para os realizar e com atitudes conservadoras em relação sua legalização foram, respectivamente: 1- o mal estar, desconforto provocado por um ato finalizado a **interromper uma vida**, considerado em contradição com a missão da obstetrícia, que seria: **cuidar dos fetos vivos**, 2- o medo de uma **epidemia de aborto** e da banalização do aborto, caso o este seja legalizado.

Os médicos mais jovens tinham uma atitude liberal, em geral, com relação ao aborto, e se questionavam acerca da atitude estigmatizante dos colegas e deles mesmo com relação às mulheres que induziam abortos ilegalmente. Eles mostraram também ter um melhor conhecimento da epidemiologia do aborto do que os médicos com mais anos de experiência. Ao mesmo tempo, eles

expressaram mais dúvidas com relação às consequências da sua legalização para os serviços e para eles mesmos. Tudo isso indica que seria preciso um debate mais aberto sobre este tema nas faculdades e nos hospitais.

Agradecimentos

A autora agradece o ISC (Instituto de Saúde Coletiva) da UFBA - Salvador da Bahia, e em particular as professoras Estela Aquino e Greice Menezes, que deram suporte a esta pesquisa, e Fábria Silva de Santana, assistente de pesquisa.

Referências

- Rocha Baltar da MI, Andalaft Neto J. A questão do aborto. Aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó E, organizadora. **Sexo e vida**. Campinas: Unicamp; 2003. p. 257-318.
- Amoroso Gonçalves T, organizadora. **Aborto e religião nos tribunais brasileiros**. São Paulo: IPE; 2008.
- Justiça suspende processos, mas mil podem ser denunciadas por aborto em MS. **A Folha de S. Paulo** 2008; 19 nov. [acessado 2012 jun 2]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u469171.shtml>
- Igreja critica aborto feito por menina de 9 anos violentada em PE; veja repercussão internacional. **A Folha de S. Paulo** 2009; 6 mar. [acessado 2012 jun 2]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u530525.shtml>
- Baltar da Rocha MI. Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento. In: Avila MB, Portella AP, Ferreira V, organizadoras. **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 135-155
- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil. Uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Cien Saude Colet** 2010; 15(1):959-966.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Saúde Brasil 2009**. Brasília: MS; 2010.
- Câmara Loureiro D, Viera Meloni E. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad Saude Publica** 2004; 20(3):679-688.
- Viggiano MB, Viggiano MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de Cuidados Intensivos em Maternidade Pública Terciária. **RBGO** 2004; 26(4):317-323.
- Laurenti R, Mello JMH, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol** 2004; 7(4):449-460.
- Compte GM. **Mortalidade Materna. 1993** [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1995.
- Menezes GMS, Aquino EML. **Mortalidade Materna na Bahia, 1998** Relatório de Pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2001.
- Simonetti C, Souza L, Araújo MJO, organizadoras. **Dossiê**. A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana. Salvador: IMAIS; 2008.
- Menezes GMS. **Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras** [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília: MS; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Atenção Humanizada ao Abortamento**. norma técnica. Brasília: MS; 2005.
- Faundes A, Simonetti RM, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. **Rev. bras. epidemiol.** 2007; 10(1):6-18.
- Giffin K. Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro. **J. bras ginecol** 1995; 105(4):121-126.
- Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad Saude Publica** 2003; 19(Supl. 2):S399-S406.

20. Porto MR. Profissionais de saúde e aborto seletivo em um hospital público em Santa Catarina. In: Berquo E, Aquino EM, Rohden F, Bastos FI, Heilborn ML, Barbosa RM, organizadores. **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: FGV; 2009. p. 286-309.
21. Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualising abortion stigma. **Culture, Health & Sexuality** 2009; 11(6):625-639.
22. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S, Becker D. Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes and consequences. **Women Health Issues** 2011; 21(Supl. 3):S49-S54.
23. De Zordo S, Mishtal J. Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the ground – The Cases of Brazil and Poland. **Women's Health Issues** 2011; 21(Supl. 3):S32-S36.

Artigo apresentado em 31/12/2011
Aprovado em 10/02/2012
Versão final apresentada em 19/02/2012