



RELATÓRIO TÉCNICO NARRATIVO FINAL



**O PAPEL DA RELIGIOSIDADE NA PERSPECTIVA E NO AGIR DE MÉDICOS
GINECOLOGISTAS EM RELAÇÃO AO ABORTO PREVISTO POR LEI, À
ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E AO DIU**

Setembro 2005

Responsável pela instituição: José Guilherme Cecatti

Responsável pela área administrativa-financeira: Márcia Alice Satte

Equipe de pesquisa

Pesquisador principal: Anibal Faúndes

Co-pesquisadores: Ellen Hardy, Graciana Duarte, Maria José Duarte Osis,
Maria Yolanda Makuch

Assistente de pesquisa: Silvana Ferreira Bento

Auxiliar de pesquisa: Janaina Nunes Sanfelisse

Estatística: Maria Helena de Sousa

Programador: Euclides Gonçalves de Oliveira

Consultora para os aspectos religiosos: Yara Nogueira Monteiro

Relatório preparado por

Graciana Alves Duarte

Maria Helena de Sousa

Maria José Duarte Osis

Maria Yolanda Makuch

Silvana Ferreira Bento

1. RESUMO EXECUTIVO

As controvérsias, reações e resistências suscitadas pela questão do aborto induzido marcam a discussão sobre a sua disponibilidade nos casos previstos pela lei brasileira, bem como o debate sobre a aceitabilidade de alguns métodos contraceptivos, cujo mecanismo de ação tem sido associado à possibilidade de provocar abortamento, apesar das evidências científicas contrárias, como o dispositivo intra-uterino (DIU) e a pílula anticoncepcional de emergência (PAE). Não se dispõem de informações sobre em que medida a religiosidade dos médicos, especialmente os ginecologistas, se relaciona à sua perspectiva e maneira de agir em relação ao DIU, à PAE e ao aborto previsto por lei.

Por esta razão foi realizada a presente pesquisa, com os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Analisar o papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas, em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU.

Objetivos específicos

- Investigar a perspectiva e atuação dos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU.
- Investigar a religiosidade dos ginecologistas e a relevância que eles lhe dão em sua atuação profissional.
- Avaliar se existe associação entre a religiosidade dos ginecologistas e sua perspectiva e atuação frente ao aborto previsto por lei.
- Avaliar se existe associação entre a religiosidade dos ginecologistas e sua perspectiva e atuação quanto à prescrição e provisão de anticoncepção de emergência e DIU.
- Verificar se outras variáveis sociodemográficas e da inserção profissional interferem nas associações acima.



Para alcançar esses objetivos realizou-se um estudo com abordagem quanti e qualitativa, no qual se utilizaram duas técnicas para coleta de dados: entrevista estruturada e grupos focais. Para as entrevistas, foi preparado e pré-testado um questionário, enviado junto com o primeiro número de 2005 do Jornal da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) a todos os associados (ANO 12 N° 1), na segunda quinzena de Janeiro de 2005. Uma segunda remessa de questionários foram anexados ao Jornal enviado aos associados na segunda quinzena de Março (ANO 12 N° 2). Foram devolvidos preenchidos 3337 questionários, e 49 totalmente em branco, que foram considerados como recusas.

Os questionários preenchidos foram revisados, numerados e digitados. A partir de uma análise preliminar dos dados, foi elaborado um roteiro para os grupos focais. Realizaram-se três grupos focais, entre os meses de Maio e Junho de 2005, dos quais participaram 30 médicos que atuavam nas cidades de Campinas e São Paulo. A análise dos dados quanti e qualitativos indica que a religiosidade dos médicos está associada à sua perspectiva e conduta em relação ao aborto. Embora eles minimizem o papel da religião instituída, evidenciam que a sua prática profissional nessa área é permeável às suas concepções religiosas pessoais, que reforçam a idéia da vida como um valor em si. Para os participantes, a realização de um aborto requer uma justificativa moral que lhe confira legitimidade social.

Os resultados deste estudo podem contribuir para reavaliar as estratégias que têm sido adotadas para disponibilizar efetivamente o aborto legal às mulheres. Parece evidente que não basta discutir e enfatizar a proteção legal ao profissional que atende ou deveria atender as mulheres que solicitam um aborto previsto por lei. Requer-se um trabalho de discussão profunda sobre os valores envolvidos nessas situações, inclusive os religiosos. Conforme sugestão dos próprios médicos, trata-se de legitimar o aborto no contexto do que é lícito fazer à luz da formação – no sentido mais abrangente - desses profissionais.

2. ATIVIDADES REALIZADAS

Até o presente não existem, ou são poucas, as informações sobre em que medida a religiosidade dos médicos brasileiros se relaciona à sua perspectiva e maneira de agir quanto ao DIU, à PAE e ao aborto previsto por lei. O conhecimento acerca dessa relação pode contribuir para que se desenhem novas abordagens para essa questão, visando a melhorar a disposição desses profissionais para atenderem as mulheres que necessitam desses contraceptivos e do recurso do aborto nos casos previstos na lei brasileira.

Foram propostos os seguintes **objetivos** para a realização do estudo:

Objetivo geral

Analisar o papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas, em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU.

Objetivos específicos

- Investigar a perspectiva e atuação dos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU.
- Investigar a religiosidade dos ginecologistas e a relevância que eles lhe dão em sua atuação profissional.
- Avaliar se existe associação entre a religiosidade dos ginecologistas e sua perspectiva e atuação frente ao aborto previsto por lei.
- Avaliar se existe associação entre a religiosidade dos ginecologistas e sua perspectiva e atuação quanto à prescrição e provisão de anticoncepção de emergência e DIU.
- Verificar se outras variáveis sociodemográficas e da inserção profissional interferem nas associações acima.

Para alcançar esses objetivos foi proposta uma **abordagem quanti e qualitativa**. Para o componente quantitativo, foi realizado um estudo descritivo e de corte transversal, para o qual foi utilizado um questionário estruturado e pré-testado, auto-respondido pelos



ginecologistas e obstetras associados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). O questionário e uma carta explicativa foram enviados duas vezes aos associados da FEBRASGO junto com o jornal da entidade, nos meses de Janeiro e Março de 2005. Os médicos eram orientados a preencher o questionário e enviá-lo de volta em um envelope resposta pré-selado que acompanhava o questionário. Na segunda remessa, a carta convite voltava a solicitar que os médicos respondessem o questionário, caso ainda não o tivessem feito. Até 22/08/2005, foram recebidos 3337 questionários respondidos, e 49 totalmente em branco, que foram considerados como recusas.

Conforme já informado no relatório parcial, depois da concordância da coordenação do PROSARE, decidiu-se elaborar o referido questionário em conjunto com outro instrumento, utilizado para coletar dados de outra pesquisa dentro da mesma temática: “Aborto induzido: conhecimento, atitude e prática de ginecologistas e obstetras no Brasil, 2ª. Avaliação”. Além das perguntas comuns às duas pesquisas, o instrumento contemplou também aquelas que permitiram alcançar os objetivos deste estudo. Com respeito às questões sobre religiosidade e aborto, incluíram-se 16 perguntas (32% do total) direcionadas à identificação do universo religioso, bem como de sua interferência na prática profissional dos entrevistados: perguntas 31 a 46.

Os questionários respondidos foram revisados, codificados (algumas perguntas), numerados e encaminhados para a digitação, para a qual se utilizou o módulo de entrada de dados “DE” do *SPSS for DOS* (SPSS PC+).

Para a abordagem qualitativa, foi realizado um estudo exploratório com a realização de três grupos focais¹, dos quais participaram, no total, 30 médicos de Campinas e São Paulo. O roteiro para os grupos focais foi preparado a partir de uma análise preliminar dos dados obtidos dos questionários respondidos pelos médicos. Os grupos focais foram transcritos e os

¹ Morgan DL. & Krueger RA. **The focus group kit**. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1998.



textos inseridos no programa *The Ethnograph* v.5.0 para facilitar a sua análise. Procedeu-se a análise temática do conteúdo dos grupos, para a qual, a partir de uma leitura flutuante, classificaram-se os segmentos de texto conforme os seguintes grandes temas discutidos: perspectiva em relação ao aborto (previsto e não previsto na lei) e em relação ao DIU e à AE; conduta em relação ao aborto (previsto e não previsto na lei) e em relação ao DIU e à AE.

Para a análise dos dados quantitativos, inicialmente realizou-se análise descritiva simples das seguintes variáveis: religiosidade, trânsito religioso, formação religiosa, simultaneidade religiosa, frequência simultânea a culto religioso e religião declarada. Em seguida fez-se análise bivariada para testar as possíveis associações entre religiosidade e trânsito religioso; e a perspectiva e conduta dos médicos em relação ao aborto, à AE e ao DIU. Quanto à variável religiosidade, os respondentes foram classificados em religiosos, intermediários e não religiosos. Para isto, foram consideradas em conjunto as respostas às perguntas 37 e 44 do questionário, por entender que as diversas combinações de respostas a essas duas perguntas podem constituir indicador da religiosidade dos respondentes, na medida em que abordam aspectos da crença, da prática e da auto-percepção das pessoas sobre quanto a religião afeta o exercício de sua profissão.

A variável trânsito religioso foi categorizada em sem trânsito, com trânsito e sem religião, com base nas respostas às perguntas 31 (Qual a sua religião?) e 36 (Atualmente você frequenta algum tipo de igreja, cerimônia ou culto religioso? Qual?). Para a formação religiosa, consideraram-se as respostas às perguntas 33 (Quando você era criança qual a religião de sua mãe?) e 34 (Quando era criança – até cerca de 12 anos – você frequentava algum tipo de reunião, cerimônia ou culto religioso? Qual?), para estratificar os respondentes entre aqueles que tinham alguma formação religiosa e aqueles que não tinham qualquer formação. A simultaneidade religiosa foi considerada positiva quando o respondente declarou mais de uma religião como resposta à pergunta 31 (Qual a sua religião?); considerou-se



também a categoria “nenhuma”. A frequência simultânea a culto religioso foi definida a partir da pergunta 36 (Atualmente você frequenta algum tipo de igreja, cerimônia ou culto religioso? Qual?), quando o respondente declarou mais de uma religião frequentada ou apenas uma.

Realizou-se também análise múltipla por regressão logística para 18 modelos, referentes às variáveis dependentes: opinião em relação a diversas circunstâncias em que o aborto deveria ser permitido (11 modelos separados); condutas frente ao aborto (três modelos); opinião e conduta em relação à AE e ao DIU (quatro modelos). As variáveis independentes consideradas foram: idade; sexo; estado marital (unido/ não unido); número de filhos (até 2/ >2); região em que fez a graduação, região de residência (N, NE, CO/ SE, S); religiosidade (religioso/ intermediário ou não religioso); trânsito religioso (sim/ não; excetuaram-se aqueles sem religião). O software utilizado nas análises acima, foi o *SPSS for Windows* v.11.5.

A apresentação dos resultados quanti e qualitativos será feita em conjunto, pois a análise dos dados foi desenvolvida a partir do ponto de vista de uma triangulação metodológica, conjugando as duas abordagens. As tabelas referidas no texto encontram-se no Anexo 1. A descrição mais detalhada dos resultados dos grupos focais encontra-se no Anexo 2.

Principais resultados

Características sociodemográficas da amostra estudada

Na amostra estudada cerca de dois terços (68,8%) dos respondentes tinham 40 anos ou mais de idade, cerca da metade era do sexo masculino (51,2%), a maioria referiu ser casado (71,8%) e metade (51,4%) tinha um ou dois filhos (Tabela 1). A maior parte dos respondentes residia na região Sudeste (56,7%) e disse que havia estudado nessa região (57,6%). Pouco



mais da metade referiu (51,9%) trabalhar principalmente no setor privado e 34% atuavam principalmente no setor público. Proporções semelhantes disseram atuar principalmente na Capital (49,6%) e no Interior do Estado (48,6%) em que residiam. A grande maioria (75%) dos médicos disse que trabalhava como ginecologista/obstetra há mais de dez anos (Tabela 2).

Características da prática religiosa e aborto

Dois terços da amostra estudada (66,7%) declarou pertencer à religião católica, 9,1% declararam-se espíritas, cerca de 3% disseram ser evangélicos, proporção semelhante à dos que se declararam protestantes; 13,6% disseram que não tinham religião. Quase todos os respondentes (98,3%) tiveram alguma formação religiosa e freqüentaram algum tipo de culto religioso na infância (90,6%), e quase dois terços (63%) disseram que atualmente freqüentam algum culto ou cerimônia religiosa. Em pouco mais da metade da amostra (57,6%) não se observou trânsito religioso conforme definido na pesquisa. Pouco mais de um quarto (27,9%) dos respondentes foram classificados como religiosos, cerca de dois quintos (40,5%) como intermediários, e pouco menos de um terço (31,6%) como não religiosos (Tabela 3).

A grande maioria (73,1%) referiu que a religião à qual pertencia por ocasião da pesquisa não aceitava o aborto em nenhuma situação, e cerca de 60% dos respondentes disseram que sua religião teve pouca ou nenhuma importância sobre as respostas dadas no questionário. Entretanto, quase 70% dos médicos mencionaram que sua prática profissional em relação ao aborto nunca, ou poucas vezes, contraria as suas concepções religiosas pessoais (Tabela 4). Entre os católicos esteve a maior proporção (91,8%) dos que disseram que a sua religião não aceita o aborto em nenhuma circunstância, seguidos dos espíritas (66,3%). As maiores proporções de médicos que referiram que sua religião aceita o aborto quando a gravidez é resultante de estupro foram os evangélicos/ protestantes (30,2%) e seguidores de outras religiões (30,1%); situação semelhante se verificou no caso de risco de vida materno, mencionado por 41,2% dos evangélicos/ protestantes e 38,8% dos respondentes de outras



religiões; 31,1% dos evangélicos/ protestantes referiram que sua religião aceita o aborto quando o feto apresenta anomalia incompatível com a vida extra-uterina. As diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 5).

Pouco menos de 10% dos respondentes consideravam que o aborto deveria ser permitido em qualquer circunstância. A maior parte dos médicos, porém, opinaram que essa permissão deveria ocorrer em caso de risco de vida da gestante (80,5%), quando o feto tiver alguma malformação congênita grave incompatível com a vida extra-uterina (80,0%) ou especificamente anencefalia (79,9%), quando a gravidez for resultado de estupro (74,8%). Cerca da metade da amostra (51,5%) considerava que o aborto deveria ser permitido quando a gravidez traz prejuízos graves à saúde física da mulher, e 29% quando a gravidez traz prejuízos graves à saúde psíquica da mulher. Porcentagens menores que 8% apoiavam a permissão em outras circunstâncias apresentadas. Apenas 3% dos médicos disseram que o aborto nunca deveria ser permitido (Tabela 6). A concordância dos respondentes em relação a cada situação esteve associada à sua religiosidade: foram significativamente menores as proporções de médicos religiosos que consideraram que o aborto deveria ser permitido em cada uma das situações apresentadas. Entre os religiosos, 2,9% eram favoráveis à permissão para o aborto em qualquer circunstância, comparados a 16,9% dos não religiosos. Enquanto menos de 1% dos não religiosos entendia que o aborto não deveria ser permitido em nenhuma circunstância, essa proporção foi de 7,6% entre os religiosos (Tabela 7). O trânsito religioso também esteve associado à opinião dos respondentes sobre em quais circunstâncias o aborto deveria ser permitido: as proporções de concordância sempre foram menores entre os médicos sem trânsito, exceto quanto a não permitir o aborto em nenhuma circunstância, resposta dada por 4,7% dos sem trânsito, 1,4% dos sem trânsito e 1,6% dos que não tinham religião (Tabela 8).



Quando perguntados sobre qual conduta adotariam se uma paciente lhes solicitasse um **aborto não previsto na lei**, 61,8% disseram que não fariam o aborto, nem ajudariam a mulher a consegui-lo; se o pedido viesse de uma pessoa da família, 57,8% disseram que teriam essa mesma conduta. Os demais referiram condutas que, de alguma maneira, representavam ajuda para essa mulher conseguir fazer o aborto (Tabela 9). A religiosidade mostrou associação com a conduta referida pelos médicos: foram significativamente maiores as proporções de médicos religiosos que não ajudariam uma mulher – paciente ou da família - nessa circunstância (Tabela 10). O trânsito religioso também esteve associado à conduta dos médicos nessa circunstância: as proporções de médicos que ajudariam uma paciente ou mulher da família foram significativamente maiores entre os que tinham trânsito ou não tinham religião (Tabela 11).

Quase um terço (32,6%) dos respondentes disse que faria o aborto se atuasse em um serviço público de saúde e lhe coubesse interromper a gestação de uma mulher que tivesse sido estuprada, e que cumpria as exigências legais; 43,9% declararam que pediriam que outro médico fizesse o procedimento, e 13,4% referiram que só fariam o aborto se fosse para prescrever o misoprostol (Tabela 12). Esse tipo de conduta também esteve associado à religiosidade dos respondentes: entre os religiosos foi maior a proporção dos que pediriam que outro médico executasse o procedimento – 67,8% comparados a 54,2% dos intermediários e 39,1% dos não religiosos (Tabela 13). Situação semelhante se observou em relação ao trânsito religioso: foi maior a proporção de médicos sem trânsito que pediriam a um colega para realizar o procedimento: 57,3% comparados a 43,6% dos que tinham trânsito e 29,5% dos que se declararam sem religião (Tabela 14).

Entre as mulheres que responderam o questionário, 20,5% disseram que alguma vez tiveram uma gravidez totalmente indesejada; destas, 78,9% fizeram um aborto. Entre os homens, 33,4% mencionaram que uma parceira sua já tivera uma gravidez assim, e 80,1%



referiram que ela fez um aborto (Tabela 15). A proporção das médicas que fizeram um aborto nessa situação foi maior entre aquelas classificadas como de religiosidade intermediária (88,6%) ou não religiosas (81%), em comparação com as religiosas (58,3%). Situação semelhante se verificou entre as parceiras dos médicos: entre os médicos de religiosidade intermediária e não religiosos foi maior a proporção das parceiras que fizeram um aborto - 80,2% e 83,9% em comparação com 73,1% observados entre parceiras de médicos religiosos. As diferenças foram significativas (Tabela 16). As diferenças também foram significativas quando se avaliou a associação entre o trânsito religioso e a decisão de fazer um aborto diante de uma gravidez absolutamente indesejada. Entre os respondentes sem trânsito ou sem religião foram maiores as proporções dos que optaram pelo aborto, ou cujas parceiras assim o fizeram, comparadas às proporções verificadas entre os respondentes sem trânsito religioso (Tabela 17).

Na opinião dos participantes dos **grupos focais**, a perspectiva dos médicos acerca do aborto em geral é negativa, vinculando-o a um estigma social e a conflitos de foro íntimo. Diante de uma solicitação de aborto ilegal, as idéias, os sentimentos e as condutas diferem conforme a situação. Por sua experiência, os participantes entendiam que uma boa parte dos médicos, de fato, não ajuda de nenhuma forma uma mulher a conseguir um aborto que é ilegal. Quando se trata de uma paciente de muitos anos ou de uma pessoa conhecida ou da família, a tendência é que os médicos tentem ajudar. Mesmo que não façam o aborto, encaminham para quem faz de forma adequada, ou ensinam a usar o misoprostol. Sempre, porém, os médicos tendem a evitar ser vinculados ao aborto: não escrevem nada, apenas conversam. Quando se trata de alguém conhecido – familiar ou paciente antiga – os médicos entendem que estão apoiando a pessoa e não o aborto.

Os participantes dos grupos entendiam que o misoprostol costuma ser visto como uma boa alternativa para que o médico não se sinta como agente do aborto. Ele ensina, e a mulher



usa; a decisão é dela, é ela quem intervém. Os participantes, porém, consideravam que esse raciocínio é apenas uma forma dos médicos diminuírem o sentimento de culpa que têm quando fazem ou ajudam uma mulher a fazer um aborto. Em um dos grupos focais foi mencionado que, ao usar o misoprostol, se o aborto não se completa, o médico pode internar a mulher e completar o procedimento, pois aí já se trata de aborto em curso, e ele pode justificar os procedimentos complementares.

Quando se trata de um aborto previsto na lei, diminui o receio do médico fazer, por saber que não vai sofrer qualquer penalização legal. Porém, isso não muda a percepção de que se trata de algo negativo, que produz desconforto e, até mesmo, culpa. A Lei é importante para o médico que decide atender a solicitação de aborto, porém, para aquele que não aceita fazer, as razões são de outra natureza. Ou seja: a perspectiva dos médicos sobre o aborto é definida por um conjunto de fatores, além da Lei: formação familiar, religiosidade, formação profissional. Os participantes falaram várias vezes sobre questões religiosas e culturais como as mais fortes influências na definição da perspectiva dos médicos sobre o aborto. Essas questões é que produzem os conflitos de foro íntimo.

Quando perguntados sobre a possibilidade de um médico que atua em serviço público, nessa situação, pedir que outro colega faça o aborto, os participantes referiram que, sempre que presenciaram isso, os argumentos desse médico que não quer fazer o aborto giram em torno de questões de foro íntimo, especialmente da religião. Quando a religião é evocada como justificativa, em geral não é questionada. Alguns participantes ponderaram que, em sua opinião, a evocação de motivos religiosos nem sempre corresponde à verdade, pois a principal razão para não querer fazer o aborto é o medo do estigma social. Embora saibam estar protegidos pela lei, bem como pela estrutura do serviço de saúde, eles temem a condenação social, especialmente a associação de seu nome ao aborto. Essa associação levantaria a suspeita de que eles também fizessem abortos clandestinos, pelo dinheiro, na clínica privada.



Isto prejudicaria a sua prática privada. Discutiu-se que os médicos que atuam em serviços universitários e/ou de referência tendem a sentir menos esse receio porque percebem sua atuação mais diluída no contexto da instituição.

Os participantes também disseram que, na maioria das vezes, os médicos mais experientes e graduados não querem fazer o aborto, ainda que legal, e a tarefa recai sobre os mais jovens, especialmente os residentes. A idéia de que talvez as novas gerações de médicos tenham mais facilidade de lidar com o aborto foi muito freqüente nas discussões. Sempre mencionada ao lado do contraponto de que os profissionais das gerações mais antigas estão marcados por uma perspectiva negativa, estigmatizada do aborto, como algo que contraria a formação do médico, os valores da profissão. Os médicos disseram que uma possibilidade de tratar melhor com a questão do aborto para superar essa perspectiva negativa, é abordá-la cada vez mais durante a formação acadêmica, ampliar o espaço de discussão, e fazer isto sob um enfoque positivo: de que em algumas situações o aborto pode ser um benefício para a mulher e/ou para o feto. Para os participantes, na perspectiva do médico, o aborto se justifica quando representa o mal menor, ou a única maneira de fazer o bem, evitar o mal. Por isso, segundo eles, há menor resistência em aceitar o aborto quando a mulher foi estuprada, quando ela corre risco de vida e quando o feto apresenta malformações incompatíveis com a vida. Nessas situações ficaria mais fácil compatibilizar a lei com as concepções religiosas.

Outra idéia que apareceu nas discussões foi que os médicos entendem que é necessário ampliar a legislação vigente, para incluir algumas outras situações em que o aborto possa ser realizado legalmente. Eles mencionaram concretamente: grave risco para a saúde física da mulher (diferente de risco de vida) e as malformações fetais incompatíveis com a vida extra-uterina. Com respeito ao risco para a saúde da mulher, os participantes que isso demandaria a apresentação de laudo médico e parecer judicial. Ponderaram, entretanto, que não se pode fazer da liberalização do aborto um substituto para as políticas de planejamento familiar no



Brasil, que, na opinião deles, são bastante falhas. Em um dos grupos se manifestou o receio de que isto pudesse ocorrer caso o aborto fosse totalmente liberado. Quando perguntados sobre a possibilidade de se liberar o aborto quando a gravidez representasse risco à saúde mental da mulher, os participantes discutiram que isso seria muito complicado e mais subjetivo do que no caso da saúde física. Além disso, na opinião deles, existem situações em que fazer o aborto pode também agravar as condições de saúde mental da mulher.

AE, DIU e religião

Pouco mais de um quinto dos respondentes (21,9%) disseram que a AE age produzindo um micro aborto (Tabela 18). A proporção dos que assim pensavam não esteve associada à religiosidade dos médicos (Tabela 19). Porém, em relação ao trânsito religioso verificou-se associação: foi menor a proporção de médicos que entendiam que a AE age produzindo um micro aborto entre os respondentes com trânsito e sem religião: 22% e 16,7% respectivamente, comparados a 24,4% dos médicos sem trânsito religioso (Tabela 20). Cerca de 7% dos respondentes disseram que não prescrevem nem prescreveriam a AE porque ela induz um micro aborto (Tabela 21). Na Tabela 22 observa-se que a proporção dos médicos que referiram ser essa a sua conduta foi maior entre os religiosos (10,6%) em comparação com os de religiosidade intermediária (2%) e os não religiosos (0,5%). A proporção também foi maior entre os médicos sem trânsito religioso (5,9%) comparados aos com trânsito (1,4%) e sem religião (1,1%) – Tabela 23.

Pouco mais de um quarto das médicas (25,9%) e dos médicos (26,8%) disseram que já haviam passado por uma situação em que tiveram necessidade de usar a AE, e a grande maioria referiu ter usado - 92,3% das mulheres – ou que a parceira usou - 95,2% dos homens (Tabela 24). Essa conduta não esteve associada à religiosidade nem ao trânsito religioso dos respondentes (Tabelas 25 e 26).



Apenas 7,3% dos médicos disseram que o mecanismo de ação do DIU de cobre consiste em provocar um aborto (Tabela 27), opinião mais freqüente entre os médicos religiosos (9,1%) e sem trânsito religioso (8,2%); porém as diferenças não foram significativas (Tabelas 28 e 29). Apenas 1,5% dos médicos disseram que nunca inseriram e nem inseririam um DIU de cobre porque é abortivo (Tabela 30), conduta mais freqüente entre os religiosos (4,6%) do que entre os de religiosidade intermediária (0,5%) e não religiosos (0,3%) (Tabela 31); e entre os médicos sem trânsito religioso (2,6%) em comparação com os sem religião (0,5%) e com trânsito (0,4%) (Tabela 32).

Nos **grupos focais**, discutiu-se a idéia de que, em geral, os médicos não pensam que a AE e o DIU sejam abortivos. É ensinado a eles que os mecanismos de ação da AE e do DIU são diferentes de provocar um aborto. Porém, ressaltou-se que parte dos médicos têm dúvidas a esse respeito, mas justamente por isso – pelo benefício da dúvida - não têm restrições a prescrever esses métodos.

Resultados da análise múltipla por regressão logística

A análise múltipla por regressão logística apontou que a religiosidade esteve associada à opinião dos respondentes sobre em quais circunstâncias o aborto deveria ser permitido: os médicos favoráveis à permissão para o aborto em cada circunstância foram os de religiosidade intermediária e os não religiosos. O ter tido trânsito religioso só esteve associado à opinião favorável ao aborto quando a mulher ou o parceiro forem HIV positivo. Idade (maior idade), número de filhos (mais que dois), sexo (feminino) e região de residência (Sul, Sudeste) foram outras variáveis que mostraram associação com a opinião favorável ao aborto nas diversas circunstâncias (Tabelas 33a e 33b).

A religiosidade (intermediário/não religioso) também esteve associada às condutas de ajudar uma paciente e uma mulher da família a obter um aborto não previsto por lei. Ter tido trânsito religioso associou-se a ajudar uma mulher da família nessa circunstância. A maior



idade dos respondentes associou-se a ambas as condutas, bem como a região de residência (Sul, Sudeste). Ter mais que dois filhos, por outro lado, diminuiu a probabilidade dos respondentes ajudarem uma paciente ou mulher da família a conseguir um aborto ilegal (Tabela 34). A religiosidade, o trânsito religioso e a idade estiveram diretamente associados à conduta de fazer um aborto legal quando solicitado. Ser do sexo feminino, porém, diminuiu a probabilidade disso ocorrer (Tabela 35).

Em relação ao mecanismo de ação e à conduta dos respondentes frente à prescrição da AE, a idade esteve associada tanto à opinião de que a AE age provocando um micro aborto quanto à conduta de não prescrevê-la por essa razão. Por outro lado, ser do sexo feminino diminuiu a probabilidade de ter essa opinião sobre o mecanismo de ação da AE (Tabelas 36 e 37). A idade também se associou à opinião de que o DIU de cobre age provocando um aborto (Tabela 38). Quanto à conduta dos profissionais, a idade e a religiosidade (intermediário/não religioso) foram as variáveis associadas a não inserir o DIU porque é um método abortivo (Tabela 39).

Nos **três grupos focais**, quando questionados sobre a interferência da religião na prática médica em relação ao aborto, os participantes julgaram que muitos médicos não realizam abortos tanto porque consideram que as doutrinas da religião a que pertencem condenam essa prática, quanto porque suas concepções religiosas e valores pessoais os impedem. Segundo os participantes, cada pessoa é formada numa dada cultura, recebe uma educação baseada em determinados valores, que influenciam sua opinião e prática em todas áreas da vida, inclusive a profissional. Em relação ao aborto, a contradição aparece porque, de modo geral, as pessoas são criadas/educadas para serem pessoas de bem, preservar a vida e não matar. A própria formação do médico reforça esses conceitos e valores.

Essa carga cultural e de valores, entre os quais a religião tem papel relevante, levou os participantes a considerar que a postura perante o aborto é algo individual, construído a partir



das vivências de cada médico com essa cultura e valores. Portanto, não basta o médico estar atuando em uma instituição favorável, que tem programa de aborto legal, para mudar sua opinião. A disposição de fazer um aborto, de aceitar essa incumbência, não depende apenas da lei e das normas institucionais. Ponderou-se, porém, que nem toda resistência dos médicos nesse sentido pode ser devida apenas à religião. Há alguns que se escondem atrás do argumento religioso, porque ele é altamente eficaz, respeitado, não se discute e dispensa outra justificativa.

O tema do direito à vida foi bastante discutido pelos grupos como um dos argumentos mais enfatizados por todas as religiões. Os participantes entendiam que, em relação ao aborto, há quem priorize o direito da mulher à vida, de maneira abrangente, mas também há aqueles que refletem que o médico que realiza um aborto pode estar tirando a vida de alguém com grande potencial, que poderia vir a ser uma pessoa significativa para sua família e para a sociedade.

A relação entre religião institucional e concepções religiosas pessoais foi discutida especialmente em relação à prática dos ginecologistas com respeito à contracepção. Os participantes entendiam que, se prevalecesse a visão institucional, os médicos católicos nem prescreveriam métodos anticoncepcionais para suas pacientes. Porém, na opinião dos participantes, o que acontece é que os médicos fazem uma espécie de adaptação das doutrinas de sua religião à realidade por eles vivenciada na prática profissional. Essa adaptação se dá, principalmente em torno do valor que fazer o bem para uma paciente significa para os médicos. Nesse sentido, consideravam que o aborto é algo muito diferente de uma prescrição de contraceptivos. Traz aos profissionais muitos dilemas, entre eles, se estão fazendo o bem e se é seu papel tirar uma vida.

Nos grupos também se discutiu que, quando se trata de pessoas culturalmente diferenciadas - como são os médicos - é mais fácil que os indivíduos questionem as normas



institucionais, inclusive da religião. Um exemplo dado pelos participantes foi a questão do sexo antes do casamento, que, segundo os participantes, nenhuma religião aceita, mas nenhum médico questiona a paciente por ter relações sexuais pré-maritais. Porém, os participantes argumentaram que as concepções religiosas pessoais, que os indivíduos constroem a partir da interação entre as doutrinas religiosas e suas vivências, são mais difíceis de serem mudadas. Por isto, em relação ao aborto, eles entendiam que é necessário conscientizar as pessoas, incluindo os médicos, de que, em certas situações, o aborto seria um benefício e não um mal. Para os participantes, a conscientização tem que começar nas universidades, pois é nessa instituição que os formadores de opinião são educados.



DISCUSSÃO

Os resultados apresentados não deixam dúvida quanto à relevância da religiosidade para a perspectiva e a conduta dos ginecologistas e obstetras que participaram desta pesquisa em relação ao aborto. Embora seja comum a circulação de estereótipos quanto à religiosidade dos profissionais médicos, tendendo-se a classificá-los como imunes à influência religiosa, os resultados indicam que a amostra estudada esteve constituída de indivíduos com formação e prática religiosas expressivas e com significativa permeabilidade das mesmas sobre a prática profissional. Ficou evidente que, mesmo quando não vinculados diretamente a uma igreja ou denominação religiosa, os ginecologistas e obstetras portam e referem conceitos e posturas da religiosidade dominante em nosso meio, de tradição cristã. Embora os participantes deste estudo tenham minimizado a influência da religião instituída sobre as respostas dadas, revelaram que suas concepções religiosas pessoais contribuem de forma relevante para construir sua perspectiva e conduta em relação ao aborto.

Na perspectiva e conduta dos médicos percebeu-se uma clara distinção entre o aborto propriamente dito, AE e DIU. Embora se observe que parece ainda haver desconhecimento ou dúvidas sobre o mecanismo de ação da AE e do DIU, cogitando-se a possibilidade de que provoquem um aborto ou micro aborto, a perspectiva dos médicos em relação a eles minimiza essa possibilidade e flexibiliza a conduta, independente das questões religiosas. Aliás, nos grupos focais, essa foi uma discussão bem presente, em que se enfatizou que, por serem denominados métodos anticoncepcionais, a AE e o DIU não suscitam fortes escrúpulos para sua prescrição. Chegou-se a dizer, inclusive, que em relação a esses métodos e o aborto existe o “benefício da dúvida”: no caso da AE, o médico que prescreve não sabe se a mulher engravidou; e no caso do DIU ele não sabe se ela vai engravidar e ter um micro aborto.

Essa perspectiva dos ginecologistas e obstetras quanto à AE e ao DIU reforça a conclusão de que o aborto em si pode ser fonte de significativo desconforto para esses



profissionais em geral, pois representa um grande potencial de conflito interno, gerado pelo conjunto de valores que constitui a visão de mundo desses profissionais, principalmente os valores religiosos. A cultura da profissão médica dá relevância à vida como um valor em si, o que é reforçado pelas concepções religiosas internalizadas pelos indivíduos. Em relação a esse valor, o médico se percebe como um promotor e defensor da vida, nunca como agente de sua interrupção. Em que pese a possibilidade de confrontar o valor da vida do feto com o valor da vida mulher, os médicos percebem a sua ação no aborto como negativa em relação à vida do feto, o que lhes traz expressivo desconforto. Por isto, neste estudo se evidenciou a perspectiva dos médicos de que, para aceitar a realização do aborto e estarem dispostos a serem os agentes desse procedimento, eles precisam encontrar uma justificativa moral para descartarem uma vida (feto) em benefício de outra (mulher) ou porque essa vida não tem expectativa de continuidade (malformação).

Não se pode deixar, porém, de assinalar as possíveis limitações do estudo, embora elas não invalidem o que já se discutiu. Pela técnica utilizada para coleta dos dados, não é possível controlar a não resposta, ou seja, não sabemos quem não respondeu, se suas características são diferentes ou não daqueles que responderam. Inclusive, não sabemos por que não responderam o questionário. Porém, sabemos que as proporções de respondentes são equivalentes às de associados da FEBRASGO em cada região do país. Além disso, os resultados observados nos grupos focais validam, além de explicar os achados quantitativos. A propósito dos grupos focais, dada a limitação de recursos, não puderam ser realizados em outras regiões do país, tampouco com algumas sub-categorias de sujeitos, como por exemplo mais jovens, que atuam em localidades menores, mais distantes, etc. Isto poderia trazer novas luzes sobre os resultados quantitativos.

Os resultados deste estudo podem contribuir para reavaliar as estratégias que têm sido adotadas para disponibilizar efetivamente o aborto legal às mulheres. Parece evidente que não



basta discutir e enfatizar a proteção legal ao profissional que atende ou deveria atender as mulheres que solicitam um aborto previsto por lei. Requer-se um trabalho de discussão profunda sobre os valores envolvidos nessas situações, inclusive os religiosos. Conforme sugestão dos próprios médicos, trata-se de legitimar o aborto no contexto do que é lícito fazer à luz da formação – no sentido mais abrangente - desses profissionais.

3. AVALIAÇÃO

O desenvolvimento do projeto deu-se de maneira satisfatória, em geral conforme o plano de trabalho previamente estabelecido. Reiteramos que a interação da equipe de pesquisa com a Consultora de Ciências da Religião – Dra. Yara Nogueira Monteiro - foi de grande valia para a equipe de pesquisa, não apenas para o desenvolvimento dos instrumentos para coleta e para a análise dos dados, mas também contribuiu de forma relevante para aprimorar habilidades da equipe de pesquisa, em uma área até então pouco explorada pelo nosso Centro de Pesquisas. A possibilidade de conversar e discutir o andamento da pesquisa com o monitor que nos foi designado – Dr. Ronaldo Almeida – também contribuiu para o melhor andamento da análise dos dados e trouxe elementos para reflexão nessa etapa.

A possibilidade de realizar os grupos focais com os médicos enriqueceu de forma significativa a interpretação dos achados quantitativos, bem como iluminou outras possibilidades de pesquisa para aprofundar questões relativas à perspectiva e conduta dos médicos em relação ao aborto. Também se vislumbrou de forma concreta a possibilidade de utilizar essa mesma técnica para abordar outros temas da saúde reprodutiva com esse tipo de sujeitos. Em que pesem as dificuldades operacionais de agendamento e reunião desses profissionais, os resultados são estimulantes, indicando que vale a pena investir nessa técnica quando se está interessado em aspectos relacionados à visão de mundo desses profissionais.