

O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido¹

The role of religiosity on Brazilian gynecologists' perspective and conduct regarding induced abortion

Maria José Duarte Osís

*Socióloga, Pesquisadora do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp.
mjosis@cemicamp.org.br*

Aníbal Faúndes

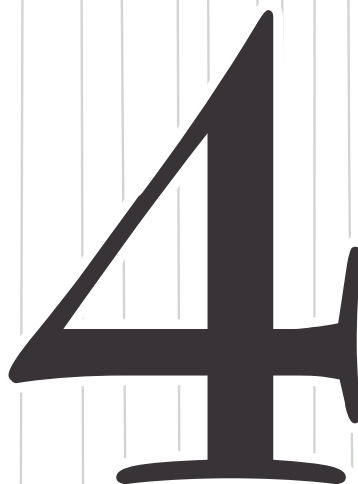
*Médico, Pesquisador sênior do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp,
Professor emérito da Universidade de Campinas – UNICAMP.
afaundes@uol.com.br*

Graciana Alves Duarte

*Socióloga, Pesquisadora do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp.
mjosis@cemicamp.org.br*

María Yolanda Makuch

*Psicóloga, Pesquisadora do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp.
mmakuch@cemicamp.org.br*



Resumo

Analisa-se o papel da religiosidade na perspectiva e no agir de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto. Enviou-se um questionário estruturado e pré-testado aos associados da FEBRASGO, formando-se, então, três grupos focais. Dentre os 3337 participantes, 28% foram classificados como religiosos, 40% como tendo religiosidade intermediária e 32% como não religiosos. A disposição de prover aborto legal ou de ajudar uma paciente ou mulher da própria família a obter um aborto não previsto em lei foi significativamente menor entre os médicos religiosos. Nos grupos focais, enfatizou-se que, de modo geral, os médicos sentem-se desconfortáveis em atender uma solicitação de aborto, mesmo que previsto por lei, devido a seus valores morais e religiosos. É necessário, portanto, incluir tais valores na discussão sobre o aborto e não se limitar apenas aos aspectos da sua legalidade ou não.

Palavras-chave: Aborto induzido. Aborto legal. Religião. Atitude e conduta de ginecologistas.

Abstract

This paper analyses the role of religiosity over Brazilian gynecologists' perspective and behavior regarding induced abortion. A pre-tested, structured questionnaire was sent to the FEBRASGO's members and three focus groups were also carried out. Among the 3337 participants, 28% were classified as religious, 40% as intermediate and 32% as non religious. Religious physicians were less inclined than the others to provide legal abortion or help a patient or a relative to obtain an illegal abortion. In the focus groups, it was emphasized that doctors do not feel comfortable with a request to perform an induced abortion, even if abortion is legal, due to their moral and religious values. The need to include such values in the debate on abortion with physicians, and not limiting the discussion to the legal aspects of abortion is emphasized.

Keywords: Induced abortion. Legal abortion. Religion. Physicians' attitudes and conduct.

¹ Artigo baseado em resultados de um projeto de pesquisa apoiado pelo Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (PROSARE).

Introdução

São grandes os esforços e significativos têm sido os avanços no Brasil para assegurar às mulheres o acesso aos meios que lhes permitam usufruir plenamente de seus direitos sexuais e reprodutivos (CORRÊA; ÁVILA, 2003; VENTURA, 2002; ÁVILA; CORRÊA, 1999). Destacam-se várias ações visando tornar os métodos anticoncepcionais disponíveis e acessíveis (OSIS *et al.*, 2006; COSTA, 1992). Além disso, têm sido propostas medidas para disponibilizar efetivamente atendimento às mulheres em situações de violência, de forma integral e processual, a partir da atenção básica – porta de entrada no sistema público de saúde, incluindo a Estratégia de Saúde da Família –, bem como para permitir o acesso das mulheres à interrupção da gestação nos casos previstos na lei brasileira (FAÚNDES; LEOCÁDIO; ANDALAFI-NETO, 2002; BRASIL, 2001, 2004, 2006). Mais recentemente (2012), o Supremo Tribunal Federal considerou que, nos casos de anencefalia, pode ser feita a antecipação terapêutica da gestação (CFM, 2012). Embora os avanços sejam notáveis, não se pode dizer que todos os objetivos envolvidos nesse processo foram alcançados.

A questão do aborto induzido suscita controvérsias, reações e resistência, mesmo nos casos previstos por lei. Nessa discussão, os argumentos religiosos sempre ocupam posição central para justificar as mais diversas posições (WARRINER; SHAH, 2006). Por isso, tem sido constante a argumentação sobre a necessidade de o Estado assumir uma perspectiva laica diante da questão, para que as leis não se limitem a expressar apenas a visão de uma ou algumas confissões religiosas, mas que se aceite a diversidade de visões em relação ao aborto (LOREA, 2006).

Não se pode também deixar de considerar, além dos aspectos macrossociais, políticos e jurídicos, que as percepções dos indivíduos, profissionais da saúde, envolvidos na provisão do aborto, podem atuar como facilitadores ou obstáculos para que as mulheres tenham acesso a esse recurso nos casos previstos por lei. Esses profissionais, especialmente os médicos, não são apenas técnicos, capacitados ou não, para prover serviços. São pessoas, atores sociais, com uma cosmovisão própria gerada a partir de um sistema de plausibilidade (BERGER, 1976, 1985), que atua, ao lado do conhecimento técnico, para definir suas perspectivas e maneiras de agir como profissionais. Esse sistema de plausibilidade é o que dá sentido aos eventos da vida cotidiana e legitima as ações das pessoas, constituindo-se em um conjunto de perspectivas sobre o mundo à sua volta e sobre o que nele ocorre cotidianamente. Para a preservação do indivíduo e de seu grupo social, esse

sistema de plausibilidade precisa ser conservado e constantemente reproduzido no discurso e na prática das pessoas. A religião e a educação, fortemente influenciadas pelas relações de gênero que predominam em uma dada sociedade, atuam como pilares desse sistema de plausibilidade, pois naturalizam os mecanismos simbólicos que sedimentam e conferem estabilidade à cosmovisão por ele engendrada (BERGER, 1985; FIGUEROA-PEREA, 1998).

A educação e a religião têm sido apontadas como os dois fatores mais relevantes para explicar a atitude das pessoas frente às questões relativas ao aborto (RODRIGUEZ *et al.*, 2011; MCLEMORE; LEVI, 2011; WILSON *et al.*, 2011; PATEL; MYENI, 2008; VAN DER SLIK, 2002; PETERSEN, 2001; COCHRAN *et al.*, 1996). Aspectos como maior escolaridade e credos religiosos menos conservadores quanto à moral sexual estão associados a atitudes mais liberais quanto aos valores morais, especialmente com relação ao aborto (PETERSEN, 2001). Estudos já realizados no Brasil confirmam essa perspectiva ao indicar a existência de associação entre o grau de escolaridade e uma opinião mais liberal sobre em quais circunstâncias o aborto deve ser permitido (OSIS *et al.*, 1994; DUARTE *et al.*, 2002).

O papel da religião sobre a atitude de profissionais de saúde em relação ao aborto já tem sido estudado em vários contextos. Por exemplo, estudo realizado no Reino Unido apontou uma associação entre as crenças religiosas de médicos e suas atitudes em relação ao aborto em adolescentes com gravidez indesejada (ABDEL-AZIZ; ARCH; AL-TAHER, 2004). Harris *et al.* (2011) verificaram que a filiação religiosa estava associada à disposição de obstetras e ginecologistas norte-americanos em atenderem solicitações de aborto. Uma revisão da literatura publicada nos Estados Unidos entre 1971 e 2011 acerca das atitudes dos profissionais de enfermagem quanto a atender mulheres que solicitam a interrupção da gestação (MCLEMORE; LEVI, 2011) indica que as crenças religiosas têm papel fundamental na definição da atitude desses profissionais em relação a prover o aborto. Observou-se que pertencer a alguma das religiões majoritárias nos Estados Unidos (cristianismo, judaísmo ou islamismo) revelou-se um importante modificador de atitudes em relação a prover o aborto nos serviços de saúde.

Em dois estudos (FAÚNDES *et al.*, 2007) com ginecologistas filiados à Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) perguntou-se em que circunstâncias os médicos consideravam que o aborto deveria ser permitido (as circunstâncias apresentadas incluíam as duas já previstas na lei e outras) e qual tinha sido a importância de sua religião para as

respostas dadas por eles. Verificou-se que quanto menor a importância da religião, mais favorável ao aborto foi a opinião dos médicos em cada uma das circunstâncias perguntadas.

Embora tenha havido consistente preocupação do Ministério da Saúde, da FEBRASGO e de organizações não governamentais, especialmente aquelas ligadas aos movimentos de mulheres, em informar adequadamente os médicos sobre os aspectos técnicos e jurídico-legais associados ao aborto previsto por lei, poucas informações científicas estão disponíveis sobre em que medida a religiosidade dos médicos se relaciona à sua perspectiva e maneira de agir em relação ao aborto. Neste artigo, são apresentados resultados de um estudo em que se analisou o papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto ou não na lei brasileira.

Sujeitos e métodos

Para analisar o papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto, foi realizada uma pesquisa com abordagem quanti e qualitativa. Para o componente quantitativo, desenvolveu-se um estudo descritivo, de corte transversal, para o qual foi utilizado um questionário estruturado e pré-testado, autorrespondido pelos ginecologistas e obstetras associados à 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. Foram recebidos 3337 questionários respondidos e 49 totalmente em branco, que foram considerados como recusas.

Os questionários respondidos foram revisados, numerados e encaminhados para a digitação, para a qual se utilizou o módulo de entrada de dados do *SPSS for DOS* (SPSS PC+). Inicialmente, realizou-se uma 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 uma análise bivariada para testar as possíveis associações entre essas variáveis e a perspectiva e conduta dos médicos em relação ao aborto.

Quanto à variável religiosidade, os respondentes foram classificados em religiosos, intermediários e não religiosos, a partir de um índice criado com

base na combinação das respostas a duas perguntas do questionário, que abordavam aspectos da crença, da prática e da autopercepção das pessoas sobre o quanto a religião afeta o exercício de sua profissão. A variável trânsito religioso foi categorizada em sem trânsito, com trânsito e sem religião, a partir das informações registradas no questionário sobre frequentar, no momento em que respondeu o questionário, cerimônias, cultos de uma religião distinta à qual declarou pertencer.

Realizou-se também uma análise múltipla por regressão logística para três modelos, a fim de avaliar a associação entre religiosidade (religioso/intermediário ou não religioso), trânsito religioso (sim/não) e condutas frente o aborto (se atua em serviço público de saúde e faz um aborto previsto na lei, quando solicitado a fazê-lo; se ajuda a paciente a obter um aborto não previsto na lei; se ajuda alguma pessoa da família a obter um aborto não previsto na lei). Em cada um dos modelos, também foram incluídas como variáveis independentes: idade; sexo; estado marital (unido/não unido); número de filhos (até 2/ >2); região em que fez a graduação; e região de residência (N, NE, CO/ SE, S). O *software* utilizado nas análises acima foi o *SPSS for Windows v.11.5*.

Para a abordagem qualitativa, foi feito um estudo exploratório com a realização de três grupos focais, dos quais participaram, no total, 30 médicos que atuavam profissionalmente em Campinas ou São Paulo, tanto no setor público quanto no privado. O roteiro para os grupos focais foi preparado a partir de uma análise preliminar dos dados obtidos nos questionários respondidos pelos médicos, enfocando-se a opinião e conduta dos médicos frente à solicitação de aborto, previsto ou não na lei. Os grupos focais foram transcritos e os 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 e conduta em relação ao aborto (previsto e não previsto na lei).

O desenvolvimento do estudo obedeceu às normas brasileiras para pesquisas com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996) e o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer 410/2004). Assegurou-se o anonimato das pessoas que responderam o questionário, pois este não solicitava qualquer informação que permitisse identificá-las. Além disso, a maneira como os questionários foram enviados não permitiu, de modo algum, aos pesquisadores saberem quem participou ou não da pesquisa. As

peças que participaram dos grupos focais também o fizeram voluntariamente, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas gravações e transcrições das discussões em grupo, foram eliminadas informações que poderiam identificar os(as) participantes.

Resultados

Na amostra estudada, cerca de dois terços (68,8%) dos respondentes tinham 40 anos ou mais de idade, aproximadamente metade (51,2%) era do sexo masculino, a maioria (71,8%) se referiu ser casada e metade (51,4%) tinha um ou dois filhos. Pouco mais da metade (56,7%) dos respondentes residia na região Sudeste e proporção semelhante (57,6%) disse que havia estudado nessa região. Cerca de 50% se referiram 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 maioria (75%) dos médicos disse que trabalhava como ginecologista/obstetra há mais de dez anos (dados não apresentados em tabelas).

Dois terços (66,7%) declararam pertencer à religião católica, 9,1% se classificaram como espíritas, 6,2%, como protestantes ou evangélicos e 13,6% disseram que não tinham religião. Quase todos os respondentes (98,3%) tiveram alguma formação religiosa e frequentaram algum tipo de culto religioso na infância (90,6%) e quase dois terços (63%) disseram que, no período da pesquisa, estavam frequentando algum culto ou cerimônia religiosa. Em pouco mais da metade da amostra (57,6%), não se observou trânsito religioso. 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 (dados não apresentados em tabelas).

Apenas 23,6% dos médicos que se declararam católicos disseram que sua religião foi muito importante ao responder o questionário, comparados a 56,1% dos que pertenciam a outras religiões. Por outro lado, cerca da metade (54,5%) dos médicos católicos disse que a sua prática profissional em relação ao aborto nunca ou poucas vezes contrariava as suas concepções religiosas pessoais, em comparação com 85,4% dos médicos que declararam pertencer a outras religiões. As diferenças foram estatisticamente significativas, conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1 – Religião e prática profissional em relação ao aborto e às respostas dadas no questionário da pesquisa, segundo religião declarada

Características	RELIGIÃO DECLARADA				p
	Católica		Outra		
	n	%	n	%	
Importância da religião nas respostas dadas					
Muito importante	484	23,6	343	56,1	0,000
Pouco importante	987	48,1	184	30,1	
Não importante	582	28,3	84	13,7	
Total+	2053		611		
Prática profissional e concepções religiosas pessoais*					
Não tenho concepções religiosas pessoais	192	9,1	31	4,9	0,000
Nunca contraria	414	19,7	268	42,7	
Pouca vezes contraria	733	34,8	268	42,7	
Muitas vezes contraria	654	31,1	53	8,5	
Sempre contraria	107	5,1	6	1,0	
Total#	2106		627		

* 6 médicos católicos e 1 de outra religião deram outras respostas.

Faltou informação de 167 médicos.

+ Faltou informação de 236 médicos.

Foi maior a proporção de médicos católicos e dos que não tinham religião (52,9% e 69,1%, respectivamente) em comparação aos que declararam pertencer a outras religiões (37,5%) e que disseram que fariam um aborto previsto por lei (gravidez resultante de estupro) se isso lhes fosse solicitado quando estivessem trabalhando em um serviço público de saúde. A mesma tendência se verificou quando os médicos foram perguntados sobre o que fariam se uma paciente ou se uma mulher de sua família lhes solicitasse um aborto não previsto na lei. Mais da metade dos que não tinham religião disseram que ajudariam a obter o aborto: 55,1% no caso de tratar-se de

paciente e 59,3% quando fosse uma mulher de sua família. Dentre os médicos católicos, 37,2% e 41,7%, respectivamente, se manifestaram nesse mesmo sentido, enquanto entre os que pertenciam a outras religiões, 29,4% e 32,5%, respectivamente, disseram que adotariam essa mesma conduta. As diferenças foram significativas (Tabela 2).

Tabela 2 – Conduta dos médicos frente à solicitação de fazer aborto previsto na lei ou se uma paciente ou pessoa da família solicitar um aborto não previsto por lei, segundo religião, em porcentagem

Conduta frente à solicitação de aborto#	RELIGIÃO					
	Católica		Outras		Nenhuma	
	n	%	n	%	n	%
Previsto na lei						
Faz	952	52,9	192	37,5	260	69,1
Pede para outro médico fazer	847	47,1	320	62,5	116	30,9
Total+	1799		512		376	
Não previsto na lei pedido por paciente						
Faz ou ajuda	769	37,2	181	29,4	232	55,1
Não ajuda	1298	62,8	435	70,6	189	44,9
Total*	2067		616		421	
Não previsto na lei pedido por pessoa da família						
Faz ou ajuda	860	41,7	201	32,5	251	59,3
Não ajuda	1224	58,3	418	67,5	172	40,7
Total**	2064		619		423	

$p < 0,0001$

+ Faltou informação de 503 médicos e 147 não atuavam sem serviço público de saúde.

* Faltou informação de 233 médicos.

** Faltou informação de 231 médicos..

Na opinião dos participantes dos grupos focais, os médicos, em geral, veem o aborto como algo negativo para si mesmos, pois pode resultar em

problemas legais para eles, em desaprovação social, caso se torne conhecido que eles aceitam fazer abortos, bem como é um tema que provoca conflitos de foro íntimo. Quando se trata de um aborto previsto na lei, diminui o receio do médico em fazer, por saber que não vai sofrer qualquer penalização legal. O respaldo institucional é importante para o profissional que realiza o aborto – e este é mais sentido nos serviços públicos de saúde –, pois propicia maior segurança para o médico e diminui o receio de realizar o procedimento. 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 à solicitação de aborto, porém, para aquele que não aceita fazer, as razões são de outra natureza: formação familiar, profissional e convicções religiosas. Estas foram mencionadas várias vezes pelos participantes como as mais fortes influências na definição da perspectiva dos médicos sobre o aborto.

Os participantes dos grupos focais enfatizaram que os médicos sentem-se desconfortáveis quando lhes cabe atender uma solicitação de aborto, ainda que seja um dos casos previstos na lei. Quando perguntados sobre a possibilidade de um médico que atua em serviço público, nessa situação, pedir que outro colega faça o aborto, os participantes afirmaram que, sempre que presenciam isso, os argumentos desse médico que não quer fazer o aborto giram em torno de questões de foro íntimo, especialmente de 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 de que acabem sendo rotulados como “aborteiros” entre seus colegas e no meio social em que vivem, pois, apesar da clandestinidade em que ocorrem os abortos, existe uma espécie de rede informal que dissemina informações sobre quais são os médicos que aceitam realizar um aborto nessas condições, o que, para os participantes do estudo, corresponderia a um estigma social. 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.

Na Tabela 3, verifica-se que houve uma associação entre a religiosidade dos médicos e a conduta adotada frente a uma solicitação de aborto não previsto na lei: entre os religiosos, cerca de um quinto disse que ajudaria uma paciente ou mulher de sua família a obter o aborto, enquanto que pouco mais da metade dos não religiosos adotariam essa conduta. Por outro lado, na Tabela 4, observa-se que foram menores as proporções de médicos católicos religiosos e de membros de outras religiões também classificados

como religiosos que disseram que ajudariam uma paciente ou uma mulher da família a obter um aborto não previsto na lei – entre 15,5% e 21,4% – em comparação com as proporções verificadas entre os católicos e os seguidores de outra religião de religiosidade intermediária ou não religiosos – entre 42,4% e 49,6%. A religiosidade também esteve associada ($p < 0,0001$) à conduta dos médicos no caso de atuarem em serviço público e lhes ser solicitado realizar um aborto legal em gravidez resultante de estupro. Diante dessa situação, a disposição de fazer o aborto foi mais frequente entre os médicos não religiosos ou de religiosidade intermediária (48,5% e 37,5%, respectivamente) do que entre os religiosos (22% – dados não apresentados em tabelas).

Tabela 3 – Conduta dos médicos no caso de uma paciente ou pessoa da família solicitar um aborto não previsto por lei, segundo religiosidade, em porcentagem

Aborto solicitado por pessoa da família⁺				
RELIGIOSIDADE				
Conduta	Religioso	Intermediário	Não Religioso	p
Ajuda a conseguir ou faz aborto	20,4	44,8	58,5	0,000
Total	866	1258	1001	

Aborto solicitado por paciente[*]				
RELIGIOSIDADE				
Conduta	Religioso	Intermediário	Não Religioso	p
Ajuda a conseguir ou faz aborto	19,1	39,1	54,4	0,000
Total	864	1263	997	

⁺ Faltou informação de 9 médicos para conduta, de 96 para religiosidade, de 6 para conduta e religiosidade, 98 referiram-se a outras condutas e 3 não souberam definir.

^{*} Faltou informação de 15 médicos para conduta, de 97 para religiosidade, de 5 para conduta e religiosidade e 96 referiram-se a outras condutas.

Tabela 4 – Conduta dos médicos no caso de uma paciente ou pessoa da família solicitar um aborto não previsto por lei, segundo religião e religiosidade, em porcentagem

	Religião/Religiosidade							
	CATÓLICOS RELIGIOSOS		OUTROS RELIGIOSOS		CATÓLICOS INTERMEDIÁRIOS E NÃO RELIGIOSOS		OUTROS INTERMEDIÁRIOS E NÃO RELIGIOSOS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conduta frente à solicitação de aborto #								
Paciente								
Faz ou ajuda	101	20,4	52	15,5	666	42,4	127	45,7
Total*	494		336		1569		278	
Pessoa da família								
Faz ou ajuda	105	21,4	62	18,2	753	48,0	137	49,6
Total*	491		341		1569		276	

p < 0,0001

* Faltou informação de 251 médicos.

** Faltou informação de 248 médicos.

Nos grupos focais, os participantes consideraram que diante de uma solicitação de aborto ilegal, as ideias, os sentimentos e as condutas diferem conforme a situação. Eles entendiam, por sua experiência, que uma boa parte dos médicos, de fato, não ajuda de nenhuma forma uma mulher a conseguir um aborto que é ilegal. Na opinião dos participantes, 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 o faz de forma adequada, ou ensinam a usar o misoprostol. De todo modo, porém, os médicos tendem a evitar serem 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.

Na análise múltipla por regressão logística, observou-se que apresentar religiosidade intermediária ou ser classificado como não religioso e

ter apresentado trânsito religioso foram variáveis associadas à conduta de realizar um aborto previsto na lei, no caso de o médico atuar em um serviço público de saúde e ser solicitado a fazê-lo. Quanto ao aborto não previsto na lei, apresentar religiosidade intermediária ou ser classificado como não religioso foram variáveis associadas à conduta de ajudar uma paciente ou mulher da família a obter esse aborto. Ter trânsito religioso se associou apenas à conduta de ajudar uma mulher da família a obter um aborto não previsto na lei. Além das variáveis relativas a religião, idade, sexo, número de filhos e região de residência, também se mostraram associadas as condutas dos médicos frente o aborto induzido, nas circunstâncias investigadas (Tabela 5).

Tabela 5 – Variáveis relativas à religião associadas à conduta dos respondentes quando solicitados a fazer um aborto previsto por lei (n = 2048) e quando uma paciente (n = 2376) e uma mulher da família (n = 2375) solicitam um aborto não previsto por lei #

Variável dependente	Variáveis independentes	Coef.	EP Coef.	p	OR
Faz o aborto previsto na lei*	Religiosidade (intermediário/não religioso)	0,928	0,103	<0,001	2,53
	Trânsito religioso (com trânsito)	0,243	0,101	0,016	1,28
Ajuda paciente a obter o aborto não previsto na lei **	Religiosidade (intermediário/não religioso)	1,224	0,117	<0,001	3,40
Ajuda pessoa da família a obter aborto não previsto na lei @	Religiosidade (intermediário/não religioso)	1,209	0,109	<0,001	3,35
	Trânsito religioso (com trânsito)	0,208	0,096	0,030	1,23

Excluídos os casos declarados como “outra” resposta, exclusivamente.

* Outras variáveis associadas: idade e sexo.

** Outras variáveis associadas: idade, número de filhos e região de residência.

@ Outras variáveis associadas: idade, número de filhos e região de residência.

Nos três grupos focais realizados, os participantes reconheceram 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. Na opinião dos médicos, essas concepções se opõem ao aborto não apenas porque estão baseadas na filiação religiosa ou na frequência a determinado culto, mas também porque as pessoas são criadas/educadas para preservar a vida, e não matar:

5: Acho que é um pouco de efeito até moral da própria educação que você tem dentro de casa. Você é educado pra ser uma pessoa boa, preservar a vida, não fazer mal para os outros, né?, então de repente isso cai contra tudo, independente da religião, acho que todo pai, toda mãe tenta educar a criança pra ser uma pessoa do bem.

4: Não matar é básico, né?

5: É, não é?

4: Não matar é básico.

11: Mas aí vira religião também [Grupo focal 2].

Os participantes dos grupos focais entendiam que, também, a própria formação do médico reforça esses conceitos e valores que são assimilados inicialmente através da educação dada pelas famílias.

Os participantes dos grupos focais consideraram que a postura perante o aborto é algo individual, construído a partir das vivências de cada médico com a sua 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. O tema do direito à vida foi bastante discutido pelos grupos como um dos argumentos mais enfatizados por todas as religiões para opor-se ao aborto. 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.

Discussão

Os resultados apresentados não deixam dúvida quanto à relevância da religiosidade para a perspectiva e a conduta em relação ao aborto entre os ginecologistas e obstetras que participaram desta pesquisa. Embora seja

comum a circulação de estereótipos quanto à religiosidade dos profissionais médicos, por sua condição associada à atividade científica, 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 destas sobre a prática profissional. Ficou evidente que, mesmo quando não vinculados diretamente a uma igreja ou denominação religiosa, esses profissionais possuíam e manifestavam 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, o conjunto dos resultados obtidos, aprofundados com as discussões nos grupos focais, revelou que sua religiosidade contribui de forma relevante para construir sua perspectiva e conduta em relação ao aborto, uma vez que os menos religiosos, independentemente da religião declarada, e os sem religião foram os que se mostraram mais dispostos a auxiliar uma mulher que esteja solicitando a interrupção da gestação. Em relação a esse aspecto, é preciso lembrar também que desfiliação institucional não é sinônimo de postura cética ou laica, pois as pessoas nessa condição não necessariamente perderam a perspectiva religiosa diante do mundo, sobretudo quando se defrontam com situações de crise ou impasses acentuados (ALMEIDA, 2004; PAIVA, 1999).

O aborto pode ser fonte de significativo desconforto para os ginecologistas em geral, pois representa um grande potencial de conflito interno, gerado pelo conjunto de valores que constitui a sua visão de mundo, principalmente o valor da vida humana, base de quase todos os argumentos religiosos contrários ao aborto induzido (SOARES, 2003), e que também é reforçado pela cultura da profissão médica.

A princípio, o aborto é visto como algo que se contrapõe às funções do médico – essencialmente vinculadas à missão de salvar vidas. Ainda que se possa 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. Ao mesmo tempo, porém, o aborto pode ser visto como um evento para o bem, como uma espécie de “mal necessário” em certas circunstâncias, sempre que os profissionais encontrem uma justificativa moral para descartarem uma vida (feto) em benefício de outra (mulher), ou porque essa vida não tem expectativa de continuidade (malformação do feto). Isso é compatível com outras análises já realizadas sobre conhecimento, atitude e prática de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto, em que se observa que, embora sejam favoráveis a ampliar as circunstâncias em que o

aborto não é considerado crime, tendem a não concordar com a liberação total de sua prática (FAÚNDES *et al.*, 2004).

A distribuição da amostra estudada segundo a religião declarada difere da que se observou na população brasileira em geral no último censo, no ano 2010 (IBGE, 2012). Chama atenção especialmente a elevada proporção de médicos que se declarou espírita em nossa amostra (9,1%) em comparação com os dados censitários, em que 2% da população declararam pertencer a essa confissão religiosa. Além disso, a porcentagem de médicos que se declarou sem religião (13,6%) foi bem maior do que a observada no censo (8%). Entretanto, a distribuição observada ainda se enquadra nas características mais gerais do pluralismo religioso observado atualmente no Brasil, marcado pela desabilitação do catolicismo como um dos eixos da organização social do país, pela disseminação de práticas religiosas que enfatizam mais a emotividade, entendida como principal sinal de espiritualidade, e o crescimento do grupo que se declara sem religião (ALMEIDA, 2004; PIERUCCI, 2004).

Neste estudo, também foi possível observar uma maior flexibilidade dos médicos que se declararam católicos quanto à possibilidade de auxiliarem mulheres que estejam buscando interromper uma gestação, tanto nos casos previstos na lei quanto nos demais. Esse fato também é coerente com o que já se tem observado na população em geral, de que as pessoas que declaram filiação católica e aquelas que se dizem sem religião tendem a ser mais favoráveis à liberalização da lei que trata do aborto no Brasil (BOHN, 2004). Essa postura dos médicos que se autodeclararam como católicos reforça um aspecto bastante marcante do catolicismo no Brasil, que é a constante adaptação das doutrinas e dogmas da igreja, conforme a situação e o contexto em que as pessoas vivem, existindo, inclusive, uma marcante distinção entre as posturas assumidas publicamente pela hierarquia eclesiástica e a expressão das convicções dos fiéis (LOREA, 2006; 2009; CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR, 2007). Além disso, é possível também localizar essa postura menos rígida nos médicos católicos, que os assemelha mais àqueles que se declararam sem religião do que aos demais religiosos, no contexto da maior flexibilidade da ética sexual no catolicismo em comparação, por exemplo, com a ética puritana protestante, que exige dos seus fiéis a disciplina e contenção que a igreja católica, com frequência, reserva à vida monacal (GOMES, 2006).

Não se pode deixar, também, de assinalar as possíveis limitações do estudo. Pela técnica utilizada para a 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, mas identificamos que as proporções de respondentes são equivalentes às de associados da FEBRASGO em cada região do país. Entretanto, essas limitações não invalidam as associações encontradas e já discutidas. 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 subcategorias de sujeitos, como, por exemplo, ginecologistas mais jovens, que atuam em localidades menores, mais distantes etc. Isso poderia trazer novas luzes sobre os resultados quantitativos.

Finalmente, cabe ressaltar que 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. Vale lembrar que, mesmo em contextos de legalidade do aborto, é possível observar desconforto, controvérsias e resistências à sua realização entre os profissionais de serviços de saúde que devem prover a interrupção legal da gestação (MCLEMORE; LEVI, 2011; SILVA *et al.*, 2009; PORTO, 2008). Conforme sugestão dos próprios médicos que participaram desta pesquisa, trata-se de entender o aborto no contexto do que é lícito fazer à luz da formação – no sentido mais abrangente – desses profissionais. Isso requer, portanto, criar estratégias que permitam discutir com os(as) médicos(as) a questão do aborto à luz dos elementos que estão presentes na cultura da sua profissão e na sua formação individual e familiar, incluindo os valores religiosos.

Referências

- ABDEL-AZIZ, E.; ARCH, B. N.; AL-TAHER, H. The influence of religious beliefs on general practitioners' attitudes towards termination of pregnancy – a pilot study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 24, n. 5, p. 557-561, 2004.
- ALMEIDA R. Religião na metrópole paulista. *RBCS*, São Paulo, v. 19, n. 56, p. 15-25, 2004.
- ARMITAGE, P; BERRY, G. *Statistical Methods in Medical Research*. 2. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.
- ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil. Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIÁZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitet/Population Council, 1999. p. 70-103.
- BERGER, P. *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1976.
- _____. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulinas, 1985.
- BOHN, S. R. Evangélicos no Brasil: perfil socioeconômico, afinidades ideológicas e determinantes do comportamento eleitoral. *Opinião Pública*, Campinas, v. 10, n. 2, p. 288-388, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, n. 4, p. 15-25, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência doméstica e sexual*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadão/visualizar_texto.cfm?idtxx=247>. Acesso em: 26 maio 2006.
- CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. *Panorama do aborto legal no Brasil*. Disponível em: <<http://www.catolicasonline.org.br/folder.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2007.
- COCHRAN, J. K. *et al.* Religious stability, endogamy, and the effects of personal religiosity on attitudes toward abortion. *Sociology of Religion*, v. 57, n. 3, p. 291-309, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Resolução CFM Nº 1989/2012*. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Disponível em: <<http://febrasgo.org.br/docs/resolucao.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2012.
- CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.) *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 17-78.

COSTA, A. M. *Paism: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

DUARTE, G. A. *et al.* Perspectiva masculina sobre o aborto induzido. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, p. 271-277, 2002.

FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception – clinical and ethical aspects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 82, p. 297-305, 2003.

_____. *et al.* Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre aborto induzido. *Rev. Bras. Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 89-96, 2004.

_____. *et al.* 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. Resumo Executivo. Cemicamp, 2005. Disponível em: <http://www.cemicamp.org.br/publicacao_relatorios.htm>. Acesso em: 26 maio 2006.

_____. *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 192-199, 2007.

_____.; LEOCÁDIO, E.; ANDALAFI-NETO, J. VI Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Relatório Final. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 489-93, 2002.

FIGUEROA-PEREA, J. G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 87-96, 1998.

GLOCK, C. Y.; STARK, R. Religion and Society in Tension. Chicago: Rand McNally, 1965. In: SWATOS WH JR (Ed.). *Encyclopedia of Religion and Society*. Hartford Institute for Religion Research. Disponível em: <<http://hrr.hartsem.edu/ency/>>. Acesso em: 26 maio 2004.

GOMES, A. M. As Representações Sociais do Corpo e da Sexualidade no Protestantismo Brasileiro. *Revista de Estudos da Religião*, v. 1, p. 1-38, 2006. Disponível em: <http://www.pucsp.br/rever/rv1_2006/p_gomes.pdf>. Acesso em: 26 maio 2006.

HARRIS, L. H. *et al.* Obstetrician-Gynecologists' Objections to and Willingness to Help Patients Obtain an Abortion. *Obstetrics & Gynecology*, v. 118, n. 4, p. 905-912, 2011.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied Statistical Regression*. New York: John Wiley and Sons, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

LOREA, R. A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. *Horizontes Antropológicos*, v. 26, p. 185-201, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a08v1226.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2007.

_____. A fé católica deve ser imposta por lei? In: CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA – CFEMEA. *Brasil e Vaticano o (des)acordo republicano*. 2009. Disponível em: <[http://respublica.com.ar/public/CDD%20Brasil%20e%20Vaticano%20o%20\(des\)acordo%20republicano.pdf](http://respublica.com.ar/public/CDD%20Brasil%20e%20Vaticano%20o%20(des)acordo%20republicano.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

MCLEMORE, M.; LEVI, A. Nurses and Care of Women Seeking Abortions, 1971 to 2011. *JOGNN*, v. 40, p. 672-677, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. *The focus group kit*. Thousand Oaks: SAGE, 1998.

OSIS, M. J. D. *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, 2006.

OSIS, M. J. D. *et al.* Opinião de mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. *Cad de Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 320-330, 1994.

PAIVA, G. J. Representação social da religião em docentes-pesquisadores universitários. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 227-239, 1999.

PATEL, C. J.; MYENI, M. C. Attitudes Toward Abortion in a Sample of South African Female University Students. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 38, n. 3, p. 736-750, 2008.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. London: Sage, 1990.

PETERSEN, L. R. Religion, plausibility structures, and education's effect on attitudes toward elective abortion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 40, n. 2, p. 187-202, 2001.

PIERUCCI, A. F. "Bye bye, Brasil": o declínio das religiões tradicionais no Censo 2000. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 18, n. 52, p. 17-28, 2004.

PORTO, R. M. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 661-666, maio-ago. 2008.

RODRÍGUEZ, J. V. *et al.* Public Opinion on Abortion in Eight Mexican States amid Opposition to Legalization. *Studies in Family Planning*, v. 42, n. 3, p. 191-198, 2011.

SILVA, M. *et al.* Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception*, v. 79, p. 56-64, 2009.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, p. S399-S406, 2003.

VAN DER SLIK, F. Education, religiosity and moral attitudes: explaining cross-national effect differences. *Sociology of Religion*, v. 63, n. 2, p. 157-177, 2002.

VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: MacArthur Foundation, 2002.

WARRINER, I. K.; SHAH, I. H. (Ed.). *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: priorities for Research and Action*. New York: Guttmacher Institute, 2006. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/2006/07/10/PreventingUnsafeAbortion.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

WILSON, K. S. *et al.* Public Opinion on Abortion in Mexico City after the Landmark Reform. *Studies in Family Planning*, v. 42, n. 3, p. 175-182, 2011.

WOODRUM, E.; DAVISON, B. Reexamination of religious influences on abortion attitudes. *Review of Religious Research*, v. 33, n. 3, p. 229-243, 1992. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=108&sid=34e5de54-4969-4b00-bdae-d9f167f7ef32%40sessionmgr108>>. Acesso em: 20 abr. 2007. *Colaboradores*

Maria José Duarte Osis, Aníbal Faúndes, Graciana Alves Duarte e Maria Yolanda Makuch participaram de todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa que deu origem a este artigo, bem como da preparação deste manuscrito.

Financiamento

O projeto de pesquisa do qual se originou este artigo foi apoiado pelo Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (PROSARE).

Agradecimentos

A Iara Nogueira Monteiro, por sua valiosa contribuição no desenho dos instrumentos para a coleta de dados e na discussão da análise dos dados e dos resultados.

A Maria Helena de Souza, por seu indispensável suporte no desenvolvimento da análise estatística dos dados.

