



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ABORTO PROVOCADO E SELETIVO NA INTERFACE DA SAÚDE E DO
DIREITO**

Iria Raquel Borges Wiese

João Pessoa/PB

Março – 2012

Iria Raquel Borges Wiese

**ABORTO PROVOCADO E SELETIVO NA INTERFACE DA SAÚDE E DO
DIREITO**

Dissertação submetida como requisito
para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social.

**Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha
(Orientadora)**

**João Pessoa/PB
Março – 2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ABORTO PROVOCADO E SELETIVO NA INTERFACE DA SAÚDE E DO
DIREITO**

Autora: Iria Raquel Borges Wiese

BANCA AVALIADORA

Profa. Dra. Ana Analayde Werba Saldanha (UFPB, Orientadora)

**Profa. Dra. Rozeli Maria Porto
(UFRN, Membro)**

**Profa. Dra. Maria de Fátima Pereira Alberto
(UFPB, Membro)**

DEDICATÓRIA

Àqueles que acreditam no conhecimento como meio de se chegar à transformação social, ao progresso, ao abrandamento de todas as formas de desigualdade, à compreensão, à liberdade.

A nós, mulheres que ainda são expostas às mais diversas formas de preconceito e violência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Vilma e Célio, pela dedicação, pelo apoio e carinho nessa e em outras caminhadas.

À Maíra, minha irmã, pelas conversas sempre produtivas.

À professora Ana, pelo companheirismo em todas as horas, pela sabedoria, pelas orientações, pelo compromisso ético com a ciência e o social e, sobretudo, por me ensinar que é possível ser leve em meio aos desafios que a academia nos apresenta.

À professora Fátima Pereira, por quem nutro admiração desde o terceiro período da graduação em Psicologia, pelas contribuições a este trabalho.

À Professora Rozeli Maria Porto, por ter aceitado tão gentilmente o convite para ser avaliadora desta dissertação.

À Mari, pela ajuda com as análises qualitativas.

À Amanda, Jack e Lid, cuja amizade se fortaleceu ao longo desses dois anos de mestrado. Com elas tive a honra de dividir sonhos. Com elas, remei, e quando o barco estava furado, aprendi a nadar. Elas entenderão!

Às minhas amigas de infância e de sempre, Thalita, Kena, Deborah, Juliana e Carol, demonstro meu carinho traduzido em canção: “Beaucoup de mes amis sont venus des nuages, avec soleil et pluie comme simples bagages. Ils ont fait la saison des amitiés sincères, la plus belle saison des quatre de la terre.”

Às amigas que fiz ao longo da minha graduação: Lili, Ju Rízia, Rafa, Edilane Jó, Aíla, Bellinha, Thaisinha, pelas alegrias, tristezas, angústias, dúvidas, medos, segredos, esperança e objetivos compartilhados.

A Paulo, porque como enuncia a música cantada por Nina Simone, “I want something to live for, someone who makes my life an adventurous dream”. E ele apareceu!

A todos os que compõem tão alegremente o **Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde**

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Aos profissionais que aceitaram participar deste estudo.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE ABREVIATURAS	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – DELIMITAÇÃO DO OBJETO	18
1.1. Considerações sobre o aborto na Medicina e no Direito	18
1.2. História do aborto: do privado ao público	25
1.2.1. Aborto e cristianismo: breves considerações.....	31
1.3. Aborto sob a ótica da Bioética e do Biodireito	34
1.4. Estratégias de enfrentamento ao aborto inseguro.....	44
CAPÍTULO II – APORTE TEÓRICO	53
2.1. Estudo das crenças.....	53
2.2. Objetivos	64
CAPÍTULO III – MÉTODO	66
3.1. Característica do estudo	66
3.2. Amostra.....	66
3.3. Instrumentos	67
3.4. Procedimentos	68
3.5. Análise dos dados.....	69
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	71
4.1. Resultados quantitativos.....	71
4.2. Resultados qualitativos	78
4.2.1. Classes temáticas e categorias enunciadas	78
4.2.2 Aborto Provocado	79
4.2.2.1 – Atitude.....	79
4.2.2.2 – Aspectos jurídicos.....	103
4.2.2.3 – Aspectos biopsicossociais.....	112
4.2.2.4 – Propostas de enfrentamento	125
4.2.3 Aborto seletivo	138
4.2.3.1 – Atitude.....	138
4.2.3.2 – Aspectos jurídicos.....	145
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS.....	168

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes.....72

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais de saúde e de direito acerca da legislação brasileira sobre o aborto e opinião sobre quais circunstâncias o aborto deveria ser permitido.....73

Tabela 3 – Conhecimento dos profissionais sobre a documentação necessária para se obter autorização para prática do aborto nos casos previstos em lei no em caso de malformação fetal grave.....77

Tabela 4 – Classes temáticas, categorias e subcategorias dos discursos obtidos.....80

LISTA DE ABREVIATURAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde
CP – Código Penal
DIU – Dispositivo Intrauterino
FEBRASGO – Federação Brasileira de Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IBDFAM – Instituto Brasileiro de Direito de Família
IML – Instituto Médico Legal
ISCAPCR – Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez
ISG – Interrupção Seletiva da Gravidez
OMS – Organização Mundial de Saúde
MP – Ministério Público
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PL – Projeto de Lei
PNA – Pesquisa Nacional de Aborto
PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos
PSV – Princípio da Sacralidade da Vida
PQV – Princípio da Qualidade da Vida
VA – Variável Antecedente
VC – Variável Consequente
WHO – World Health Organization

RESUMO

O aborto é considerado um problema ético de saúde pública, e este se sobressai justamente quando existem conflitos entre os direitos e os deveres morais. Nesse sentido, são percebidos vários atores, em cenas diferentes, que reivindicam um poder de decisão sobre a vida, sejam médicos, juristas, governantes e outros providos de poderes. Os motivos de se investigar o aborto a partir desses profissionais justificam-se pelo fato destes serem representantes do biopoder, de um poder de decisão sobre a vida a partir de um lugar institucional, seja na assistência à saúde das mulheres em situações de aborto, seja na formulação da denúncia, no julgamento e interpretação dos direitos. **Objetivos:** Analisar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre o aborto provocado e o aborto seletivo. **Método:** A amostra foi composta por 16 profissionais de saúde (médicos ginecologistas/obstetras, enfermeiros e psicólogos), bem como por 10 profissionais de direito (promotores de justiça e juizes de direito). Inicialmente, foi realizada uma entrevista do tipo semi-estruturada com os participantes da pesquisa com a finalidade de investigar suas crenças sobre o aborto seletivo e o aborto provocado. Em seguida, estes responderam a um questionário auto-aplicável. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão). As entrevistas foram operacionalizadas com base em categorias determinadas a partir dos sentidos suscitados, processados em uma série de etapas. **Resultados:** Os dados do questionário apontaram uma posição rígida dos participantes quanto à mudança na legislação penal sobre o aborto, os quais são influenciados sobretudo por suas crenças religiosas. Observou-se um desconhecimento dos profissionais sobre a documentação necessária para a autorização da prática do aborto legal e em caso de malformação fetal grave. Em relação às entrevistas, emergiram duas classes temáticas: Aborto provocado e aborto seletivo. A primeira abarcou as categorias: atitude, aspectos jurídicos, aspectos biopsicossociais e propostas de enfrentamento. A segunda abrangeu as categorias atitude e aspectos jurídicos. As crenças contrárias à prática do aborto centraram-se na heteronomia e sacralidade da vida. As crenças favoráveis, por sua vez, emergiram apenas dentre os profissionais de saúde, ancorados na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais, na redução de riscos e danos e, por fim, na autonomia da mulher sobre seu próprio corpo. Os profissionais de direito apresentaram um posicionamento mais rígido quanto à punição das mulheres que praticam aborto. No tocante às propostas de enfrentamento a essa prática, os profissionais afirmaram a necessidade de políticas públicas e de educação, contemplando a educação sexual, os programas de adoção, a assistência social e psicológica e, para os que apresentaram crenças favoráveis, a sua descriminalização a fim de reduzir riscos e danos do aborto inseguro. No geral, algumas crenças referiram-se estritamente ao grupo de profissionais de direito, devido às especificidades desta profissão. Outras, no entanto, pareceram não se relacionar ao grupo profissional em si, mas a outros aspectos que também podem demarcar grupos, a exemplo de crenças vinculadas à concepção de heteronomia da vida e, contrariamente, de autonomia reprodutiva. **Considerações finais:** A sociedade brasileira precisa ampliar a discussão sobre o aborto. É necessário sair dos extremos “contra” e a “favor” do aborto e enxergar que essa temática é de uma complexidade que não pode ser resumida por essas palavras, nem se encerram no ponto de vista jurídico ou deontológico, ao contrário, abrangem um leque variado de considerações, as quais puderam ser observadas ao longo deste trabalho.

Palavras-chaves: Crenças, Aborto provocado, Aborto seletivo, Direito, Saúde.

ABSTRACT

Abortion is considered an ethical problem of public health, and this stands just when there are conflicts between moral rights and obligations. So, actors are perceived in different scenes claiming a decision-making power about the life. They are doctors, lawyers, government officials and others. The reasons to investigate the abortion from these professionals are justified by the fact that these are representatives of biopower from an institutional place, whether in the health care of women in situations of abortion or in formulating the complaint and in the judgment and interpretation of the rights. **Objectives:** to analyze the beliefs of health-care professionals and jurists about the abortion and selective abortion. **Method:** the sample was composed of 16 health professionals (doctors, nurses and psychologists), as well as by 10 professionals of law (prosecutors and judges). Initially, a type structured interview was conducted with the participants in order to investigating their beliefs about selective abortion and the abortion. Then, they replied to a questionnaire. Quantitative data were analyzed through descriptive statistics (frequency, average, standard deviation). The interviews were operationalized based in categories, processed in a series of steps. **Results:** the data of questionnaire pointed out a rigid position of the participants regarding the change in criminal legislation on abortion, which are greatly influenced by their religious beliefs. There was a lack of information from professionals about the documentation required for the authorization of the practice of legal abortion and fetal malformation. For interviews, emerged two thematic classes: abortion and selective abortion. The first covered the categories: attitude, legal aspects, bio psychosocial aspects and coping proposals. The second covered the categories attitude and legal aspects. The beliefs contrary to abortion practice focused on heteronomy and sacredness of life. Favorable beliefs, in turn, emerged only among health professionals, anchored in the perspective of reproductive and sexual rights, reducing risks and damage and, finally, on women's autonomy over their own body. Jurists had a stiffer punishment on the positioning of women who practice abortion. The participants suggested the public politics and education, as sexual education, adoption programs, psychological and social assistance and, for the ones who showed favorable beliefs, its decriminalization in order to reduce risk and damage of unsafe abortion for the confrontation of abortion. In General, some beliefs have referred strictly to the group of jurists, because of the peculiarities of this profession. Others, however, seemed not to relate to the professional group itself, but other aspects which may demarcate groups, following the example of beliefs linked to heteronomy of life and, in contrast, reproductive autonomy. **Conclusion:** the Brazilian society needs to broaden the discussion of abortion. It's necessary to exit of the extremes "against" and "favour" abortion and see that this topic is of a complexity that cannot be summarized by these words, or terminate the legal or ethical point of view, unlike, cover a wide range of considerations, which might be observed throughout this study.

Keywords: Beliefs, Abortion, Selective Abortion, Law, Health

INTRODUÇÃO

No Brasil, o aborto é considerado crime contra a vida, sendo enquadrado no art. 124 ao art. 128 do Código Penal (CP) brasileiro, decreto-lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940 (Brasil, 2010a). Especificamente, no art. 124 o aborto é tipificado como crime quando provocado pela grávida (autoaborto) ou com seu consentimento, cuja pena é de um a três anos de reclusão para esta e de um a quatro anos para quem nela provocar.¹ A legislação, entretanto, estabelece dois casos de excludente de ilicitude para essa prática, conforme o art. 128: o aborto necessário praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, e o aborto no caso de gravidez em decorrência do estupro, quando consentido pela gestante ou, se incapaz (vide art. 3º e art. 4º do Código Civil, Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002), pelo seu representante legal.

No entanto, a lei silenciou no que diz respeito à interrupção da gestação por anomalia fetal grave incompatível com a vida extrauterina, ou seja, o aborto seletivo, denominado também por alguns autores como antecipação do parto. Talvez isso se deva ao fato de que em 1940, ano de elaboração do Código Penal até então vigente no país, o aparato tecnológico da medicina não fosse suficiente para diagnosticar tal tipo de anomalia, como o é hoje (Gollop, 2003; Tessaro, 2006).

Nesse sentido, a questão jurídica que abarca a assistência à gestação de feto com anomalias graves é se a lei permite a mulher interromper a gravidez e, por conseguinte, se o médico está autorizado a concretizar o aborto. Embora haja ausência de autorização para esta prática no CP, os tribunais brasileiros têm autorizado a interrupção da gravidez, respaldada por diagnóstico médico e com o consentimento da mulher, nos casos de malformação fetal. Para tanto, se faz necessário recorrer à autorização judicial, o que pode demandar tempo e

¹ . A denominação adotada por este trabalho para a prática de aborto designada no art. 124 do Código Penal brasileiro é aborto provocado.

burocracia para que tal direito seja efetivado. Dessa forma, há notificação de mulheres que recorrem às clínicas privadas, sem qualquer recurso à justiça. A gestação de um feto anencefálico pode acarretar complicações para a saúde da mulher, tanto físicas quanto emocionais (Digiovanni, 2008; Gatastro & Fonseca, 2007; Gollop, 2003; Ventura, 2009).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontaram o Brasil como o quarto país do mundo em prevalência de anencefalia, anomalia incompatível com a vida mais referida pelo Supremo Tribunal Federal (STF, 2008). A cada dez mil gestações levadas a termo no país, cerca de nove são de fetos anencefálicos (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero [ANIS], 2004). Essas gestações têm gerado um impasse na atuação dos médicos, visto a possibilidade destes virem a ser enquadradas no CP. Nesse sentido, em 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) impetrou junto ao STF uma ação (ADPF 54) para que em caso de ocorrência de gestação de feto com anencefalia, nem os médicos e nem a gestante que decidir optar pela antecipação terapêutica do parto sejam punidos. Os preceitos fundamentais – dignidade da pessoa humana, liberdade, autonomia, como também os relacionados com a saúde foram utilizados para embasar a argumentação. A liminar, concedida pelo ministro Marco Aurélio de Mello, vigorou durante três meses (de julho a outubro de 2004), protegendo pelo menos 58 mulheres, segundo levantamento realizado em serviços públicos de saúde. Após esse período, a liminar foi revogada, indicando a impossibilidade de aborto de fetos acometidos por anencefalia (Diniz, 2007b; STF, 2008). Após sete anos tramitando no STF, a pauta do aborto de fetos anencefálicos deve ser retomada por esta corte.

É inquestionável a repercussão que o tema aborto tem alcançado hoje – e não somente hoje – na sociedade brasileira. Um indício da sua importância para a saúde pública no país é a abundância de fontes, de pesquisas que se tem produzido acerca da temática nos últimos vinte anos. Alguns estudos (Brasil 2009; Diniz, 2007a; Diniz & Medeiros, 2010) sobre o aborto no

Brasil ratificam a tese de que a ilegalidade tem implicações negativas na saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e reforça a desigualdade social, visto que o risco engendrado pela clandestinidade do aborto afeta majoritariamente as mulheres pobres, as quais não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.

O aborto é um problema de enorme complexidade, o qual está vinculado diretamente à ocorrência de gravidezes indesejadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003, 2004), estas sempre existirão pelos seguintes motivos: a) milhões de mulheres e homens não têm acesso a métodos contraceptivos apropriados, pois não têm informação nem apoio para usá-los corretamente; b) nenhum método é 100% eficaz; c) algumas situações, como a separação, podem fazer com que uma gravidez desejada deixe de sê-la, dentre outros.

Apesar da dificuldade em se mensurar a real magnitude do aborto, devido a sua condição e clandestinidade, estima-se que no Brasil, em particular, o aborto inseguro constitua a segunda causa de morte materna em alguns Estados da Federação, e a terceira em outros (Torres, 2009). Estes dados demonstram que a legislação punitiva não se coloca enquanto impedimento para essa situação, bem como expõe ao risco a vida das mulheres que se submetem a tal procedimento. Dessa forma, o aborto tem sido tratado como um problema de saúde pública, tendo em vista os prejuízos provocados pela sua prática de forma insegura (Monteiro & Adesse, 2008; Brasil, 2009).

Tratar do aborto significa adentrar num campo polêmico que mobiliza os sentimentos mais íntimos, a consciência e vivências. Mexe com as normas sociais construídas e reconstruídas ao longo de séculos e, ao mesmo tempo, com conceitos científicos, filosóficos, sociológicos, etc. Os questionamentos são vários e apontam crenças de natureza diversa. O embrião ou feto é pessoa humana? Em quais circunstâncias deve o aborto ser (des)criminalizado? Criminalizar resolve? As mulheres devem ter autonomia para decidir sobre seus próprios corpos? Por que o peso do aborto recai apenas sobre as mulheres e não sobre

seus companheiros? Qual seria a melhor política de redução de danos em relação à prática de abortos inseguros? (Balbinot, 2002; Diniz, 2007a; Roseira, 2007).

Essas são apenas algumas dentre inúmeras outras questões que têm norteado tal debate, cujas respostas e crenças têm colocado políticos, teólogos, médicos, juristas, feministas, entre outros segmentos da sociedade, em posições opostas e inconciliáveis. De forma geral, o debate sobre o aborto gira em torno de duas teses pré-estabelecidas. Por um lado, tem-se a visão de sua prática como uma grave infração moral e, por outro, a concepção desta como um exercício de autonomia reprodutiva das mulheres. As crenças das pessoas sobre o assunto encontram-se geralmente fundada nos mais diversos enfoques, sejam eles religiosos, jurídicos, médicos, filosóficos, éticos, etc. (Balbinot, 2002; Diniz, 2007a).

O aborto é considerado um problema ético de saúde pública, e este se sobressai justamente quando existem conflitos entre os direitos e os deveres morais. Há uma polêmica em torno de qual obrigação ética gera o direito ao aborto e quem são os titulares desse direito ou dever. Nesse sentido, são percebidos vários atores, em cenas diferentes, que reivindicam um poder de decisão sobre a vida, sejam médicos, juristas, governantes e outros providos de poderes (Balbinot, 2002). Trata-se de mecanismos contínuos reguladores e corretores da vida, isto é, de um bio-poder (Foucault, 1997).

A discussão sobre o aborto, assim como outros fenômenos sociais, é pautada em argumentos diversificados, os quais nem sempre se encontram desvinculados da perspectiva religiosa, crença que determina, em muitos casos, o posicionamento das pessoas e a atuação dos profissionais, apesar de o Brasil ser um Estado laico. Cada posição demarca um conjunto de princípios, uma marca de contexto pessoal e social e, nesse sentido, não é fácil apresentar uma visão que não seja comprometida com os valores e as crenças que a compõem. Alguns estudos (Aldana, 2008; Duarte, Osis, Faúndes & Sousa, 2010; Gesteira, Diniz & Oliveira, 2008) mostram que com os profissionais do direito e os profissionais da área de saúde não é

diferente. Embora se tenha uma legislação sobre o assunto e normas técnicas de atenção humanizada ao aborto, as discussões não se encerram no ponto de vista jurídico ou deontológico, ao contrário, abrangem um leque variado de considerações (Balbinot, 2002; Diniz, 2003; Brasil, 2005; Dallari, 2009; Porto, 2009).

Diante o exposto, este trabalho se debruça sobre as práticas de aborto não previstas em lei, seja pela proibição expressa do CP, nos casos de aborto provocado pela grávida (autoaborto) ou com sua aquiescência (conforme art. 124 desse código), seja pela ausência de lei, nos casos de aborto seletivo. Os motivos de se investigar o aborto a partir desses profissionais justificam-se pelo fato destes serem representantes do bio-poder, de um poder de decisão sobre a vida a partir de um lugar institucional, seja na assistência à saúde das mulheres em situações de aborto, seja na formulação da denúncia, no julgamento e interpretação dos direitos. Os profissionais da justiça têm desempenhado um papel relevante nesse processo, visto que, na prática, são eles que executam as leis ou eventuais mudanças emanadas do legislativo. Essas pessoas, cuja participação na questão do aborto é consequência do avanço das técnicas de diagnóstico pré-natal, bem como das indagações no campo da bioética, são, portanto, essenciais na discussão sobre as leis em que se coloca como desafio a transformação das premissas dos direitos reprodutivos em normas jurídicas (Rohden, 2003).

Este trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo desenvolveu-se a discussão teórica sobre o aborto provocado e o aborto seletivo, apresentando os conceitos e classificações do aborto na Medicina e no Direito, bem como esta prática tem sido vista ao longo da história, desde a antiguidade até a contemporaneidade, perpassada por crenças religiosas e, especificamente, cristãs. Em seguida, discorreu-se sobre os aspectos bioéticos do aborto, a saber: quando se inicia a vida, a partir de qual momento pode-se afirmar a existência de uma pessoa e os demais argumentos morais da ilicitude ou não dessa prática.

Por fim, esta problemática foi analisada sob a ótica das estratégias de enfrentamento ao aborto provocado, com enfoque na redução dos riscos e danos.

No segundo capítulo foi apresentado o aporte teórico que embasa esta pesquisa, no qual se discutiu o estudo das crenças na Psicologia Social. Esse capítulo abarcou também os objetivos deste trabalho. No terceiro capítulo, foi especificado o método utilizado, caracterizando a amostra, os instrumentos, procedimentos e análise dos dados obtidos. No quarto capítulo, os resultados e sua discussão, os quais foram tanto de natureza quantitativa quanto qualitativa, com maior ênfase nesta, foram descritos. Por fim, no quinto capítulo, delinearam-se as considerações finais.

CAPÍTULO I – DELIMITAÇÃO DO OBJETO

1.1. Considerações sobre o aborto na Medicina e no Direito

Etimologicamente, aborto, do latim *ab* (privação) e *ortus* (nascimento), significa o impedimento do nascimento. O termo técnico correto seria abortamento, visto que aborto se refere ao produto dessa prática. No entanto, adotar-se-á nesse estudo o termo aborto por este ser usado comumente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o aborto é a interrupção espontânea ou induzida de conceito pesando menos de 500g ou menos de 16,5 cm (aproximadamente 20 a 22 semanas completas) (Rezende, Montenegro & Barcellos, 1995).

Alguns obstetras delimitam o tempo de até 22 semanas de gravidez para definir o aborto; a interrupção após esse período é avaliada como parto prematuro, e se houver óbito do feto, este é considerado natimorto. Observa-se, nesse sentido, que, pela medicina, até os cinco meses e meio de gestação a expulsão do feto é considerada como aborto; após esse período, parto prematuro. No entanto, verifica-se que a maioria dos abortos acontece num prazo inferior às 22 semanas delimitadas pelos obstetras (Jesus, 2005; Verardo, 1987).

Ainda sobre o aborto, Mirabete afirmou ser

a interrupção da gravidez com a destruição do produto da concepção. É a morte do ovo (até três semanas de gestação), embrião (de três semanas a três meses) ou feto (após três meses), não implicando necessariamente sua expulsão. Não deixará de haver no caso o aborto (2006, p. 62).

No Código Penal brasileiro não há uma clara definição do aborto. Dessa forma, utiliza-se a denominação *provocar aborto*, ficando a doutrina e a jurisprudência na incumbência de esclarecer tal expressão. De acordo com a ótica médico-legal e para o Direito Penal, o aborto se refere à interrupção voluntária da gestação, com a morte do fruto da concepção. Com o início do parto, caracterizado pela dilatação do colo do útero, pelo rompimento da membrana amniótica ou, tratando-se de parto cesariana, pela incisão nas camadas abdominais, a hipótese de realização de aborto é afastada. Nesse sentido, dependendo do caso concreto, a morte provocada do nascente passa a ser enquadrada como homicídio ou infanticídio (Grecco, 2009; Grecco, 2010).

O que se procura proteger no crime de aborto é precipuamente a vida do feto. Quando o aborto é provocado por terceiros sem o consentimento da gestante também se quer tutelar a integridade física e a vida desta. A vida, para fins de proteção por meio da lei penal, só tem importância após a nidação, isto é, com a implantação do óvulo já fecundado, o ovo, na cavidade uterina, o que acontece por volta de 14 dias após da concepção. Dessa forma, enquanto não acontecer a nidação não haverá a possibilidade de proteção pela lei penal do produto da concepção e, conseqüentemente, afasta-se a possibilidade de crime de aborto. Isto explica porque juridicamente o uso de dispositivos e substâncias que atuam após a fecundação, impedindo a implantação do ovo no útero materno, a exemplo do dispositivo intrauterino (DIU) e outras pílulas, não são considerados métodos abortivos. Seguindo este mesmo raciocínio, não se considera crime a interrupção da gravidez desenvolvida fora do útero (Greco, 2009; Grecco, 2010; Nucci, 2010).

Os abortos podem ser classificados como espontâneos e provocados, sendo estes denominados também de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Os espontâneos decorrem de fatores de ordem natural, isto é, quando o próprio organismo materno, sem auxílios externo, expulsa o produto da concepção. Sobre esse tipo de aborto não há a

aplicação da lei penal. Os abortos provocados, por sua vez, são aqueles que sofrem a interferência de agentes externos, sejam mecânicos (cureta, aspiração, etc.) ou químicos (remédios abortivos). Podem ser praticados pela própria mulher (autoaborto) ou por terceiros. Sobre esses incidem a lei penal prevista nos arts. 124 (autoaborto ou aborto provocado com o consentimento da mulher), 125 (aborto provocado por terceiros com o consentimento da gestante) e 126 (aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante) (Grecco, 2010; Brasil, 2010a; Verardo, 1987).

Nos países em que as legislações sobre o aborto são mais restritivas, a exemplo do Brasil, são onde acontece o maior número de abortos inseguros, acarretando, inclusive, em maior mortalidade materna (Alan Guttmacher Institute, 1997; Benagiano & Pera, 2000; World Health Organization, 2000), a qual é definida como “aquela causada direta ou indiretamente por condições próprias ou durante a gravidez, parto e puerpério” (WHO, 2007). O aborto inseguro é definido como um procedimento utilizado para finalizar uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que carecem de treinamento necessário ou que se leva a cabo em um ambiente onde se carece de um padrão médico mínimo, ou ambos (WHO, 1992). Geralmente, aplicam-se métodos mecânicos ou químicos ao ambiente uterino, de maneira a induzir o deslocamento do ovo ou morte do embrião ou feto (Verardo, 1987). Por outro lado, o aborto seguro, realizado em países com legislações liberais ao aborto de forma geral ou a alguma de suas modalidades, é aquele feito por pessoas habilitadas para tal, com procedimentos adequados e em instituições de saúde reconhecidas.

A legislação vigente no Brasil estabeleceu que o crime de aborto, nas suas três modalidades – descritas nos art. 124, 125 e 126 do Código Penal – deve ser julgado por um Tribunal do Júri (Grecco, 2010), sendo sua ação penal de iniciativa pública incondicionada, ou seja, é dever do Ministério Público (MP) iniciá-la ou requisitar a instauração de inquérito policial. Desse modo, tem-se, inicialmente, a denúncia e se estabelece um inquérito policial,

no qual delegado ouve as testemunhas, recolhe as provas do crime e localiza o acusado pela prática criminosa. Na esfera judicial, o inquérito policial é analisado pelo membro do MP, o promotor de justiça, sendo estabelecido um processo. (Grecco, 2010).

Finalmente, o juiz do processo penal fixa a pena àquele que praticou o fato ilícito, neste caso, o aborto. O julgador tem poder discricionário na graduação e escolha das sanções penais, sob a observância de determinados critérios. Primeiramente, este estabelece a pena-base, sobre a qual incidirão os demais cálculos. Existe uma margem entre as penas mínima e máxima, a qual permite ao juiz – após analisar e valorar as circunstâncias judiciais previstas pelo art. 59 do CP — estipular aquela que seja mais adequada ao caso concreto, de forma que tanto o réu quanto o MP compreendam os motivos da fixação de determinada quantidade da pena-base. Posteriormente, serão consideradas as circunstâncias atenuantes e agravantes, cujos critérios não se encontram previamente definidos pela lei penal, portanto, deve o juiz considerar o princípio da razoabilidade como guia desta atenuação ou agravação da pena. Vale ressaltar que tal princípio é fluido e um tanto quanto subjetivo. Por último, tem-se as causas de diminuição ou aumento da pena, previstas na lei penal (Grecco, 2007).

Em virtude da pena mínima cominada aos delitos de autoaborto e de aborto cometido por terceiros com o consentimento da gestante, deverá o MP propor a suspensão condicional do processo, presentes seus requisitos legais, por prazo de 2 a 4 anos, no qual o réu deve sujeitar-se a algumas condições. Caso o promotor se recuse a fazê-lo, e o juiz não concorde com seus argumentos, deverá remeter os autos ao Procurador-Geral de Justiça. Este pode tanto designar outro promotor quanto fazer a proposta, ou insistir em recusar, hipótese em que o juiz é impelido a dar andamento a ação penal sem a suspensão condicional do processo (Gonçalves, 2007; Grecco, 2010). Observa-se, portanto, que o entendimento do juiz e do promotor quanto a aplicação de tal recurso nos casos concretos pode ser divergente.

Vale ressaltar, ainda, que o juiz pode, quando a pena fixada em sentença não exceder 2 anos, dentre outros requisitos, estabelecer a suspensão condicional da pena. Esta consiste na suspensão privativa de liberdade pelo tempo de 2 a 4 anos, na qual o réu deve submeter-se a algumas condições fixadas segundo o entendimento do juiz, desde que apropriadas ao fato e à situação pessoal do condenado, sem, no entanto, atingir a sua dignidade. Como exemplo pode ser citado a prestação de serviços à comunidade. “O juiz, ao prolatar a sentença, deve estabelecer todas as condições a que o condenado terá de se subordinar” (Gonçalves, 2007, p. 160).

O Código Penal brasileiro prevê em seu art. 128 duas excludentes de ilicitude para a prática do aborto, denominados de aborto legal. Não são passíveis de punição quando praticados por médicos. “A lei penal e a lei processual penal não preveem nenhum tipo de formalização judicial no sentido de obter uma ordem para que seja levada a efeito qualquer uma das modalidades do aborto legal” (p. 249), a saber: o aborto de natureza terapêutica e o aborto sentimental (Grecco, 2009).

O aborto terapêutico, denominado também de aborto necessário, é praticado quando a vida da mãe corre perigo, sendo cada vez mais raro em virtude do avanço da medicina. É, no entanto, comumente indicado em casos de cardiopatias que necessitem de cirurgia, de insuficiências respiratórias graves provocadas por tuberculose ou asma crônica, de câncer de colo uterino, etc. Ainda no campo do aborto terapêutico, têm-se as indicações de caráter psiquiátrico, cuja medida é recomendada em casos de psicoses graves e debilidade mental da gestante. Trata-se de uma situação em que dois bens jurídicos (a vida da gestante e a vida do embrião ou feto) encontram-se em conflito. Nesse sentido, se está diante de uma situação de estado de necessidade (art. 24 do CP), na qual a legislação brasileira entende que entre a vida do feto e entre a vida da gestante, a lei deve optar por esta, prescindindo-se do seu consentimento. (Verardo, 1987; Grecco, 2009; Grecco, 2010; Nucci, 2010).

Outra modalidade de aborto legal é o aborto em decorrência de estupro, denominado igualmente de aborto sentimental ou humanitário. Costuma-se classificá-lo nesta categoria pelo fato de a violência sexual produzir um forte abalo psíquico na vítima, a qual tem sua saúde mental comprometida. Há nesse caso o confronto de dois bens jurídicos. De um lado, a vida do feto ou embrião, tutelada pelo ordenamento jurídico desde a concepção. Do outro, a honra da mulher vítima de violência sexual e sua dor. Nesse sentido, em nome da dignidade da pessoa humana, o direito permite que a vida do feto ou embrião pereça. No entanto, é imprescindível o consentimento da gestante, pois apenas esta pode dizer se pretende ou não levar a gestação a termo (Verardo, 1987. Grecco, 2010; Nucci, 2010).

O aborto eugênico ou eugenésico refere-se, seguindo a orientação de doutrinadores do início do século XX, à interrupção da gestação nas hipóteses em que o feto é portador de anomalias congênitas incompatíveis com a vida extrauterina. O termo eugênico foi utilizado pela primeira vez na Primeira Guerra Mundial, tendo como proposta legitimar o aborto das mulheres que engravidavam em decorrência de violência sexual cometida por soldados invasores de outros países, fato comum naquela época. Pretendia-se com isso preservar a nação de possíveis doenças transmissíveis hereditariamente. Durante o período nazista de Hitler introduziu-se, em nome da saúde do povo, a Lei de 14 de Julho de 1933, com medidas de caráter eugênico, a qual preconizava a esterilização, interrupção da gravidez e extirpação das glândulas sexuais de mulheres judias, ciganas ou negras, com fins de preservação da raça ariana. Observa-se que o termo eugenia e qualquer expressão vinculada a ele encontram-se impregnado de valores racistas, sexistas, étnicos, etc. (Franco, 1992; Tessaro, 2006).

O conceito de eugenia, segundo Stansfield e King (1997, p. 119), corresponde ao “melhoramento da humanidade pela alteração da sua composição genética, estimulando a raça daqueles que supostamente possuem gens desejáveis (eugenia positiva), e desestimulando a raça daqueles que possuem supostamente gens indesejáveis (eugenia negativa).” No entanto,

constata-se que a interrupção da gravidez de um feto com anomalia incompatível com a possibilidade de vida extrauterina não corresponde ao significado desta terminologia. Dessa forma, os autores sugerem a utilização do termo aborto seletivo, Interrupção Seletiva da Gravidez (ISG) ou ainda – de acordo com o STF (Supremo Tribunal Federal, 2008) –, antecipação de parto de feto inviável, visto que não se trata de um processo de escolha de nascituros segundo critérios discriminatórios; ao mesmo tempo, não se está tratando de fetos malformados que, não obstante as limitações físicas e/ou mentais, irão sobreviver. Trata-se de um procedimento terapêutico indicado para minimizar o sofrimento da gestante se constatado a inviabilidade de vida extrauterina do filho que carrega no ventre. Esta modalidade não foi prevista pelo legislador brasileiro, embora alguns juízes tenham autorizado abortos de embriões e fetos nessa condição (Diniz & Almeida, 1998; Tessaro, 2006; Nucci, 2010).

Nesse sentido, é necessário distinguir entre fetos malformados de fetos inviáveis. As malformações fetais, ainda que estejam presentes anomalias congênicas, não indicam necessariamente um prognóstico de morte. É possível que o feto malformado sobreviva não obstante as limitações em relação a sua qualidade de vida. No entanto, quando esta malformação é severa ou está associada a outras anomalias, tornando, dessa forma, o feto inviável, o prognóstico de morte é seguro e irreversível. São exemplos de anomalias fetais incompatíveis com a vida: erros de fechamento do tubo neural, algumas displasias ósseas e anomalias do sistema urinário, algumas anomalias cromossômicas, malformações múltiplas, erros de fechamento da parede abdominal, etc. (Tessaro, 2006).

Na contemporaneidade, é grande o quantitativo de doenças infecciosas, genéticas e cromossômicas que podem ser diagnosticadas, por especialistas em Medicina Fetal, através de exames ultrassonográficos. Excetuando-se as doenças letais, as demais podem ser tratadas durante o período pré-natal (Vasques, 2006). A anomalia incompatível com a vida mais citada pelo STF (2008) é a anencefalia, uma malformação proveniente de erros de fechamento do

tubo neural, apresentando ausência dos hemisférios cerebrais e do crânio. A Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 dispôs como critério definidor de morte a morte encefálica (Brasil, 1997).

Sobre os avanços tecnológicos, Pinotti (2004) ressaltou que, com os equipamentos modernos de ultrassom, o reconhecimento de anencefalia no nascituro tornou-se simples, podendo se diagnosticada a partir de 12 semanas de gestação. A possibilidade de erro é praticamente descartada ao se repetir o exame com dois ecografistas experientes. A sobrevivência da maioria dos anencefálicos é de apenas 48 horas após o nascimento, podendo se estender um pouco mais, mas é sempre uma questão de dias. A gestação de anencefálicos pode acarretar um risco elevado à saúde materna, visto que causam, com maior frequência, patologias como a hipertensão e hidrânio (excesso de líquido amniótico).

As complicações advindas de uma gestação de fetos com anencefalia podem requerer urgência em sua resolução. Devido à ilegalidade do aborto seletivo – e a consequente morosidade da justiça em autorizar tal procedimento –, bem como do aborto provocado, algumas mulheres podem se submeter a situações de clandestinidade. Abortos inseguros acontecem em países onde as leis são restritivas ao procedimento ou naqueles onde é legal, contudo o acesso das mulheres aos serviços de saúde é dificultado. A diferenciação entre aborto seguro e inseguro é importante pelas distintas implicações à saúde das mulheres, do ponto de vista da saúde pública (Brasil, 2005).

1.2. História do aborto: do privado ao público

A problemática do aborto nem sempre ganhou status de tema polêmico, sendo seu entendimento variado de acordo com a cultura, a religião e a tendência do Estado de determinada época. A história do aborto desenvolve-se com o desenrolar da história das sociedades humanas. A forma de concebê-lo insere-se num percurso que vai do privado ao público, transpassada por mudanças não apenas das técnicas e noções médicas, mas também

dos sujeitos, interesses, conotações éticas, regulamentos jurídicos, bem como por alterações dos significados atribuídos ao papel da mulher, às maneiras de considerar o feto e a gravidez, dentre outros (Galeotti, 2007).

Nesse contexto, pode-se dizer que durante o período que vai da Antiguidade remota – passando pela Grécia Antiga, civilização romana e Idade Média – até a Idade Moderna no século XVIII, o aborto era considerado um assunto de mulheres. Dessa forma, tinha-se a crença de que o feto era apenas um elemento do corpo da mulher, pois apenas esta poderia atestar a existência de sua gravidez. Somente com a Revolução Francesa, no final do século XVIII, que o aborto começa a adquirir notoriedade pública. Os Estados nacionais saídos da Revolução francesa são a vanguarda na decisão de tutelar o nascituro como um ente de relevância política. O Estado passa a preocupar-se com a taxa de natalidade, pois necessita de cidadãos-soldados e de cidadãos-trabalhadores (Galeotti, 2007).

Na Grécia antiga o aborto não era concebido como um crime, visto que o feto era tido como uma extensão do corpo da mãe, a qual dispunha de poder para decidir sobre o fim ou não de uma gestação. Da mesma forma acontecia em Roma, onde o aborto poderia ser provocado inclusive por questões estéticas. No entanto, em outras épocas, segundo o livro do Êxodo da Lei Hebraica (1000 anos antes de Cristo), a prática do aborto era punida conforme quisesse o marido e o arbítrio social, uma vez que a mulher não tinha autonomia sobre seu próprio corpo. Nesse sentido, o feto não era considerado no ato de abortar, mas sim o prejuízo econômico causado ao marido da vítima. Dessa forma, passou-se a castigar tanto o terceiro que tenha praticado aborto quanto a própria gestante, sendo o aborto tido como um ato de lesão ao direito do marido à prole (Verardo, 1987).

Em termos de discussão filosófica sobre o início da vida, Zenão afirmava que o feto poderia ser sacrificado por não possuir alma em seu estado intra-uterino. Ao que indica, Sócrates era a favor dessa prática quando a mulher a desejasse. Platão a indicava pra mulheres

maiores de 40 anos, como contenção do aumento populacional. Para Aristóteles e Santo Agostinho, o aborto poderia ser feito contanto que precedesse a “animação do feto”, isto é, antes que o feto recebesse sua alma, algo que acontecia a partir dos 40 dias de gestação para o sexo masculino e 80 dias para o feminino. (Verardo, 1987).

Na Mesopotâmia, no Código de Hamurábi, 1700 a.C., o aborto era considerado como crime contra os interesses do pai e do marido, o qual era visto como prejudicado e ofendido economicamente, e uma lesão contra a mulher. Em Esparta, a legislação sobre o aborto diferia um pouco da antiga Grécia, na qual havia impunidade no ato de abortar, pois o feto era considerado como parte integrante do corpo da mãe. Juridicamente, o aborto era proibido, mas o Estado poderia decidir sobre o destino dos fetos malformados, os quais eram geralmente eliminados. Em Roma, o aborto não era a princípio considerado como crime, pois, assim como na Grécia antiga, o feto não tinha autonomia em relação à mulher, se ela abortasse não fazia nada mais do que dispor do seu próprio corpo. Os nascidos sem aparência humana eram, sob o pretexto de não serem pessoas, jogados num penhasco (Matielo, 1994; Tessaro, 2006).

Num segundo momento da história de Roma, no entanto, o aborto, ainda não criminalizado, passou a vincular-se às decisões do marido. Durante o século II d.C., o Império passou a criminalizar o aborto devido necessidade de defesa de seus bens patrimoniais. Com o advento do cristianismo, a concepção do aborto passou a se fundamentar na crença de que o homem possuía uma alma imortal. A sua tese para a aceitação do aborto centrava-se na diferenciação de feto animado e inanimado. Passada essa fase de discussões, pode-se dizer que o cristianismo chegou a um ponto pacífico no que diz respeito ao aborto, colocando-se na obrigatoriedade de garantir ao nascituro o direito à vida, pois a alma já estaria nele alojada a partir da sua concepção. Grande parte das legislações modernas de quase todos os povos

foram, direta ou indiretamente, embasadas pelas correntes cristãs, no que diz respeito à aceitação ou não do aborto (Matielo, 1994; Tessaro, 2006; Verardo, 1987).

O aborto passou a existir como crime pela primeira vez na *Constitutio Bamberguensis* de 1507 e a *Constitutio Criminalis Carolina* de 1532, utilizando-se como critério para tal a animação do feto. O aborto de fetos animados era punido com pena capital, já o de fetos inanimados com castigo aplicado conforme o arbítrio dos peritos versados em direito. O aborto passou a ser considerado homicídio, sendo, inclusive, punido com pena de morte na França durante este período. Somente no século XVIII foi questionado o excessivo rigor com que o aborto era punido, fazendo com que paulatinamente fosse extinta a pena capital e substituída pela reclusão ou multas (Diniz, 2009).

Observa-se que num dado momento da história um dos privilégios do poder soberano foi por muito tempo o direito de vida e de morte. Essa prerrogativa, sem dúvida, derivava do direito concedido ao pai de família romano de dispor da vida de seus filhos e escravos. Contudo, o direito de vida e morte já não é mais um privilégio absoluto. Nesse sentido, o direito de morte deslocou-se no sentido de um poder que gera a vida. Essa morte, fundamentada no direito soberano, vai surgir como o simples reverso do direito do corpo social de possibilitar a sua própria vida, de mantê-la ou desenvolvê-la, a partir de mecanismos de controle e regulação das populações. Agora é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenvolver que o poder funda seus pontos de fixação. A morte configura-se como o momento que foge ao seu domínio; ela se traduz como o ponto mais secreto da existência, o mais “privado”. Nesse sentido, pode-se afirmar que a sociedade revestiu-se de um poder político responsável pela tarefa de gerir a vida (Foucault, 1997).

Um dos fenômenos fundamentais do século XVII foi o que se poderia designar de a ascensão da vida pelo poder: “se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa

inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico”. (Foucault, 2005, p. 286). Esse poder sobre a vida erigiu-se sobre dois pólos fundamentais; o primeiro centrou-se no corpo como máquina, no conhecimento e docilização do corpo assegurados por procedimento de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo se formou um pouco mais tarde, no século XVIII, cuja análise repousou sobre o corpo-espécie, transpassado por processos biológicos: os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, processos assumidos mediante uma série de intervenções e controles reguladores, ou seja, uma bio-política da população. Em síntese, pode-se falar num bio-poder, na organização do poder sobre a vida, o qual se desenvolveu em torno das disciplinas do corpo e das regulações da população. Foucault (1997) afirmou que

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos (p. 132).

As problemáticas em torno do ser humano durante a modernidade foram situadas ao mesmo tempo fora da história, a partir das imediações biológicas, e dentro da historicidade humana, permeada por suas técnicas de saber e de poder. A partir de então, proliferaram-se tecnologias políticas a fim de se investir no corpo, na saúde, nas maneiras de se alimentar e morar, e, pode-se dizer também, nas escolhas e direitos reprodutivos. De fato, o controle da vida é um objeto de disputa da sociedade moderna, visto que oposto às épocas nas quais um soberano possuía o direito de matar ou de deixar viver, as sociedades contemporâneas são caracterizadas pela existência de um poder político que se outorga a tarefa de gerir a vida (Foucault, 1997).

Nessa perspectiva, a problemática do aborto coloca em cena diferentes atores que reclamam um poder de decisão sobre a vida. Estes são os médicos, os governos e o poder judiciário. Outra consequência desse bio-poder é a crescente importância assumida pela atuação da norma, aplicada através do sistema jurídico da lei. De acordo com Foucault (1997, p. 135), "a lei funciona como uma norma e a instituição jurídica se integra cada vez mais a um contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras". Nesse contexto, parece que os diferentes atores que disputam o poder sobre o embrião posicionam-se dentro de um campo de representações onde o direito à vida constitui um pano de fundo.

No Brasil, observa-se que a legislação sobre o aborto sofreu um processo de rigidez. O Código Penal do Império, por volta de 1830, enquadrava o aborto no capítulo contra a segurança das pessoas e das vidas, mas não o punia quando praticado pela gestante. No Código Penal da República, em 1980, o aborto só era punido ao ser praticado por terceiros, com ou sem o consentimento da gestante, se esta viesse a óbito. Nos casos de auto-aborto visando "ocultar desonra própria", a pena era reduzida (Verardo, 1987).

A partir de 1940, com o Código Penal vigente, o aborto é considerado crime quando provocado pela gestante ou a seu pedido. Na esfera internacional, o aborto começou a ser legalizado na Dinamarca em 1973 e, a partir de então, em quase todos os países europeus, excetuando-se três países, a saber: Irlanda, Malta e Bélgica. Os países da América Latina e do Caribe estão no rol dos que têm legislações mais restritivas em relação ao aborto (Verardo, 1987), sendo nesses onde as taxas de aborto inseguro são mais elevadas, e, conseqüentemente, a mortalidade materna. Nos países desenvolvidos, a razão de mortalidade por aborto (seguro e também inseguro) é de 0,2-1,2:100.000 abortos e no subdesenvolvido (excetuando-se a China), de 330:100.000 abortos. Na África é de 680:100.000 abortos; na Ásia, 283/100.000 e, na América Latina, 119:100.000 abortos (Alan Guttmacher Institute, 1997). Desse modo,

observa-se que a probabilidade de morrer em decorrência de um aborto na América Latina é cem vezes maior que nos países desenvolvidos.

1.2.1. Aborto e cristianismo: breves considerações

Uma oposição estruturada ao aborto começa a delinear-se efetivamente com o judaísmo e, mais tarde com o cristianismo, a partir da Idade Antiga tardia (cerca de 300 –600 d.C.), sendo entendido como prática que interrompe a obra criadora de Deus ou que suprime uma vida humana. O cristianismo passou a considerar o problema a partir da perspectiva do feto, comparando o aborto ao homicídio. Observa-se que o objeto de interesse passa a ser o feto e não os interesses do pai, da família ou do Estado como na tradição clássica. Nesse sentido, faz-se necessário definir o momento a partir do qual se deve falar de ser humano, isto é, o momento em que Deus infunde a alma no nascituro (Galeotti, 2007; Rosado & Soares, 1999).

Enquanto a ética filosófica baseia-se na razão, a ética religiosa (judaica, cristã, muçulmana) coloca a razão a serviço da interpretação da Palavra de Deus. Nem sempre seus princípios e preceitos divergem da ética filosófica, no entanto a problemática e a atitude distinguem-se completamente. O livro base para essas três religiões, a Bíblia, ensina que tudo neste mundo, incluindo a saúde, a doença, a morte está nas mãos de Deus. Durante a primeira metade do século XX, grande parte dos autores e docentes da ética médica eram teólogos, pastores e rabinos, denotando a forte presença do pensamento religioso na bioética neste período (Durand, 2007).

O documento cristão mais antigo que traz uma posição condenatória do aborto é *Doutrina dos Doze Apóstolos*, cerca do ano 100, conforme o qual o aborto é um pecado contra Deus, pois se extingue uma criatura Sua, sendo seus praticantes considerados assassinos da obra divina. Posteriormente, a *Epístola de Barnabé* acresce a violação do amor pelo próximo. Na primeira fase, o aborto foi comparado pelos cristãos à violência em geral, aproximando-o

a outras formas de derramamento de sangue, a exemplo da guerra. Tal paralelo, participação bélica e aborto, foi abandonado após a época de Constantino. O aborto foi igualmente classificado como pecado análogo à imoralidade sexual e como uma maldade. Ademais, foi considerado homicídio com duas agravantes: acarreta a morte da vítima antes e propicia o suicídio, visto que as mulheres morrem devido a essa prática. Aquelas que abortam são lançadas ao inferno, acusadas de três crimes: suicídio, adultério contra Cristo, parricídio de um filho ainda não nascido (Galeotti, 2007).

Uma nova mudança na história do pensamento cristão foi marcada pela ideia de animação diferida de Santo Agostinho, a qual obtém o consenso da lei canônica. Antes de o feto ser animado, a sua eliminação era condenada não como um homicídio, pois ainda não havia um ser humano, mas como um ato que interrompe a criação de Deus. O aborto só começa a ser objeto de decisões conciliares (cânones) perto do início do século IV, sendo condenado pelos padres com muita veemência e passível de penas severas, comparadas àquelas em matéria de homicídio. Após o ano 1100 inicia a elaboração da lei canônica, frente à necessidade de um regulamento uniforme no Ocidente, o aborto foi considerado homicídio depois que a alma é infundida ao corpo. A discussão sobre o momento a partir do qual essa prática era homicídio continuou durante os séculos XI e XII. São Tomás de Aquino, teólogo medieval, era defensor da animação tardia, fundamentando-se no cálculo aristotélico dos 40 dias para a formação do feto masculino e dos 80 para o feminino (Galeotti, 2007).

No entanto, com as descobertas científicas, o modo de a Igreja abordar temas como a concepção, o parto e o aborto foi modificada. A certeza de que o embrião apresentava os seus elementos desde o início fez dissipar as controversas discussões acerca do momento da infusão da alma, as quais deixaram de fazer sentido. Desse modo, a Igreja superou a diferenciação entre feto com ou sem alma e, conseqüentemente, começou a defender a tese da defesa da vida desde a concepção. O cânone 2350 (§ 1), publicado em 1917, estabeleceu que

os que provocam abortos, incluindo a mãe, incorrem na excomunhão. A prática de qualquer aborto direto violava o mandamento de não matar. Oficialmente, a Igreja revela a inevitabilidade de ter de obedecer a um mandamento divino, conforme afirmou Pio XII na sua famosa Alocução aos obstetras de 1951. No entanto, o próprio pontífice em 1951, afirmou que nunca, em caso algum, a Igreja pregou a preferência da vida da criança em detrimento da vida da mãe (Galeotti, 2007).

A Igreja combate também o aborto eugênico, mesmo fundamentado em prescrições médicas de prevenção do nascimento de criança gravemente enferma, a exemplo dos casos de anencefalia e outras síndromes incompatíveis com a vida extrauterina. Não habilita, para tal fim, o âmnio, diagnóstico que consente segura verificação de deficiências gravíssimas do feto desde a décima segunda semana da gravidez. Nunca é lícito interromper uma gravidez por causa de defeitos genéticos do feto, segundo o ponto de vista da moral católica. A encíclica “*Gaudium et Spes*”, voz do II Concílio do Vaticano, apregoa que “tudo que atenta contra a própria vida, como o homicídio, o genocídio, o aborto, a eutanásia e o próprio suicídio voluntário, tudo viola a integridade da pessoa humana”. A posição da Igreja é quase única dentre as religiões (Papaleo, 2000).

No entanto, tem-se observado, remetendo-se a inquérito norte-americano, em que se pronunciaram pastores batistas, metodistas, presbiterianos, episcopais, luteranos e unitários, que a posição protestante é muito menos rígida que a católica, pois dá maior importância à vida materna, além de afirmar que o problema do aborto deva ser examinado entre médico e paciente. A Conferência de Lambeth, realizada em 1958, de episcopais e anglicanos, reconheceu a licitude do aborto sempre que corresponda à necessidade médica, aceitando, portanto, o aborto terapêutico (Milanesi, 1970). Nesse mesmo sentido encontra-se o Conselho Nacional das Igrejas de Cristo dos EUA, a Assembleia Geral das Igrejas Presbiterianas Unidas, a Igreja Unida do Canadá, admitindo também motivos não só somáticos, mas também

distúrbios mentais. Também a Assembleia Geral dos Unitários Universalistas, corrente religiosa de credo protestante, cuja legalização do aborto deve se dar em todos os casos em que a gravidez implique perigo físico ou mental para a mãe e/ou filho, seja proveniente de estupro ou incesto, e por fortes razões materiais, psicológicas, mentais ou econômicas. Bem distinta da católica, a doutrina protestante tem sido mais liberal (Papaleo, 2000).

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) realizou-se a XVIII Assembleia Geral da CNBB, em 1980, na qual, dentre outros, foram condenados a campanha pela legalização do aborto, o controle da natalidade e a escalada da permissividade (Kormis & Falkman, 1984, como citado em Papaleo, 2000, p.85). A Igreja acredita que a legalização do aborto, sejam quais forem as razões, fere a dignidade e a liberdade humanas, que, acima de tudo, importa manter e respeitar. Atualmente, a Igreja Católica condena veementemente todas as formas de aborto, inclusive o terapêutico e o decorrente de estupro, argumentando que somente Deus tem o poder de vida e morte sobre as criaturas. Observa-se que a posição da Igreja tem forte poder de influência sobre a concepção do aborto nas sociedades onde as leis são restritivas à sua prática (Galeotti, 2007; Papaleo, 2000).

1.3. Aborto sob a ótica da Bioética e do Biodireito

O primeiro autor a cunhar o termo Bioética foi o oncologista americano Van Rensselaer Potter, com a publicação do livro *Bioethics, the Science of Survival* na década de 1970. Sua intenção era a de aliar o conhecimento da ciência e das humanidades, a fim de desenvolver uma ética das relações vitais, isto é, dos seres humanos entre si e com o ecossistema. Admirado com o avanço técnico-científico, sobretudo da biologia, e com o atraso na reflexão sobre a sua utilização, tal autor propôs um aliança entre o saber biológico (bio) e os valores humanos (ética), no sentido de uma intervenção em toda a biosfera, e não apenas intervenções sobre o homem, a fim da sobrevivência do ecossistema como um todo. (Durand, 2007; Sgreccia, 2009; Soares & Piñeiro, 2002).

Inicialmente, vale ressaltar que a natureza e a popularidade do termo bioética só poderão ser mais bem compreendidas em relação com outras disciplinas e conceitos dos quais ela quis se diferenciar e buscou suplantar, a citar: moral, ética, direito, deontologia. No entanto, esta breve análise debruçar-se-á sobre a ética e a moral, os quais são muitas vezes empregados como sinônimos. Etimologicamente, a palavra moral deriva do latim (*mós* ou *mores*), e significa os costumes, as regras de comportamento, a conduta de vida. Nessa direção, pode-se dizer que decidir e agir concretamente diz respeito a um problema prático, e, portanto, moral. A ética por sua vez, embora de mesma equivalência etimológica que a palavra moral, parte da análise dos comportamentos concretos para decidir o que é bom. Dessa forma, investigar a decisão e ação concreta, a responsabilidade que a elas subjaz, o grau de liberdade e do determinismo aí envolvidos são um problema teórico, e, por conseguinte, ético. São igualmente problemas éticos a natureza e o fundamento do comportamento moral, assim como sua realização na esfera individual e coletiva (Barchifontaine, 2004; Durand, 2007; Soares & Piñeiro, 2002).

Em sentido amplo, a bioética consiste num “conjunto de reflexões filosóficas e morais sobre a vida em geral e sobre as práticas médicas em particular” (Diniz, 2009, p. 11). Trata-se, ainda, do estudo da moralidade da conduta humana, o qual busca traçar diretrizes para o agir humano frente aos dilemas levantados pela biomedicina, no sentido de suplantar problemas individuais e coletivos suscitados pelos avanços tecnológicos. Também se preocupa com questões que incidem sobre a vida, a morte, a saúde, a identidade ou integridade física e psíquica, a qualidade de vida, o meio ambiente, etc., de maneira que a biossegurança e o direito possam estabelecer limites à biotecnociência, impedindo abusos. (Diniz, 2009). Como exemplo, pode-se citar o impasse acerca de qual princípio ético consentiria o aborto de fetos com anencefalia e outras anomalias incompatíveis com a vida. A ciência avançou na precisão dos diagnósticos destas, no entanto, o entendimento acerca de seus desdobramentos, da

escolha da conduta ética frente aos resultados que tais tecnologias apontam ainda não se encontra pacificado.

Nesse sentido, devido aos avanços operados pelas ciências biomédicas e as difíceis questões por eles suscitadas no âmbito ético-jurídico, surge uma nova disciplina, o biodireito, isto é, o estudo jurídico que tem a vida por objeto principal, cujas fontes basilares são a bioética e a biogenética. O biodireito tem como objetivo a elaboração de normas que respondam e abram caminhos satisfatórios para essas novas questões. Trata-se de uma “biologização” ou “medicalização” da lei, visto que não há como separar as “ciências da vida” do direito (Diniz, 2009). Trabalho este que se estabelece ao fixar diretrizes, conferir limites, lembrar valores de maneira coercitiva (Meirelles, 2007).

No final da década de 1970 e no início de 1980, a bioética pautou-se por quatro princípios, característicos do paradigma principialista, sistematizado por Beauchamp e Childress, princípios esses que caracterizam esta disciplina atualmente. São eles, sucintamente, o da autonomia, que se refere à capacidade da pessoa governar a si mesma, de escolher, avaliar; o da beneficência, implicando no fazer o bem, no cuidado com a saúde e o favorecimento da qualidade de vida; o da não-maleficência, ou seja, não fazer o mal; e o da justiça, princípio que preza pela distribuição universal, equitativa e justa dos benefícios dos serviços de saúde (Barchifontaine, 2004).

No sentido de fundamentar, através dos princípios da bioética, a necessidade da descriminalização da prática do aborto, Briozzo et al. (2009a) e Rotondo (2009) afirmaram, interpretando os princípios da beneficência e não maleficência, que é justamente o paciente quem deve decidir o que é melhor pra si, conforme suas preferências e valores. Num paralelo com o princípio da autonomia, ressaltaram que tal conceito equivale ao conceito de liberdade moral de uma pessoa, supondo coerência com seus planos de vida, de escolha e ausência de coerção. Por fim, sabendo que a mortalidade materna no Brasil tem como uma das principais

causa as complicações em decorrência do aborto e que são as populações economicamente carentes as mais atingidas, tais autores declararam que dessa forma o princípio de justiça preconizado pela bioética ficaria prejudicado em face da desigualdade existente entre as classes sociais no acesso ao aborto de forma segura. Por outro lado, há autores, a exemplo de Diniz (2009), renomada jurista, fundamentada sobretudo na sacralidade da vida, que consideram tal prática moralmente inaceitável.

No campo da bioética, o aborto é discutido em torno da questão se o embrião humano é vida humana e individualizada desde o primeiro momento da fecundação, ou se não o é. Dessa resposta, a qual é de competência tanto da ciência biológica quanto da ética, dependem as repercussões no âmbito do comportamento e diante da lei e dos costumes vigentes. Caso seja considerado vida, questiona-se se existem situações em que se torna lícita e eticamente aceitável a interrupção voluntária da gestação (Sgreccia, 2006).

Contudo, o conceito de vida tem-se revelado problemático em Bioética, visto o debate entre aqueles que defendem a preservação da vida como tal e os que acreditam que ela possa ser transformada em dadas situações, respeitando condições especiais. Essas concepções, quando aplicadas à vida humana, pressupõem dois princípios éticos distintos, legitimando dois tipos de posicionamentos. O primeiro deles corresponde ao princípio da sacralidade da vida (PSV), o qual considera que a vida é indisponível para o sujeito daquela vida em particular, respeitando, desse modo, os desígnios divinos. O outro é o princípio da qualidade da vida (PQV) que, diversamente, considera legítima qualquer intervenção que implique na diminuição do sofrimento humano que seja evitável e em maior bem-estar para este, desde que esteja de acordo e não ocasione danos significativos a terceiros (Schramm, 2009).

Tais princípios delineiam um campo de conflitos morais que, em algumas situações, como em circunstâncias relativas ao começo e ao fim da vida (temas como aborto e eutanásia), acarretam em verdadeiras crises e controvérsias. Essas revelam que muitas das normas de

conduta e convicções construídas ao longo do tempo já não são mais evidentes para as sociedades democráticas e seculares, ou seja, em sociedades pluralistas quanto ao entendimento do que é correto e incorreto, justo e injusto (Schramm, 2009).

As questões concernentes ao começo da vida humana colidem mais substancialmente com as preocupações morais relativas à impropriedade do aborto. O início da vida biológica de uma pessoa não coincide com o início da vida de uma pessoa como agente moral. Dessa forma, não se pode dizer que os fetos sejam pessoas, no sentido estrito de serem agente morais. Frente à moralidade secular, marcada pelo pluralismo, a qual é uma das características das sociedades atuais, aqueles que produziram o feto têm o direito de definir o seu uso, sobretudo a mãe, visto que é ela quem o carrega. Sob esta perspectiva, são as pessoas que atribuem valor aos zigotos, aos embriões e aos fetos (Harris, 1994). Nessa direção, podem-se imaginar os tribunais sendo convidados a dirimir conflitos entre futuros pais e mães sobre desejos contrários acerca da prática ou não do aborto. Visto ser a mulher que investe a maior parte das energias no desenvolvimento do feto, e, por ser o seu corpo que estará subordinado ao controle do nascituro, advoga-se que seria apropriado consentir à ela a escolha resguardada por lei, independentemente de quaisquer acordos especiais (Engelhardt Jr., 2004).

Em uma análise fenomenológica do aborto, o questionamento em relação ao começo da vida e pessoa humana é difícil de ser resolvido a partir de bases irrefutáveis, pois nem a ciência nem a teologia têm uma resposta precisa para tal questão. A posição do Magistério da Igreja Católica, com a divulgação da “Apostolica Sedia” em 1869, papa Pio IX, é a de condenação de toda e qualquer interrupção voluntária da gravidez. Acredita-se que a pessoa existe quando aparece um genótipo distinto do pai e da mãe, ou seja, desde a fecundação. Tal posicionamento fundamenta-se na visão da lei natural, baseada, por sua vez, na ordem divina, para quem a moral possui princípios absolutos e indiscutíveis, ressaltados pelo que se pode chamar de “teologia escatológica”. Ao mesmo tempo, ancora-se na escola genética, a qual

define como humano todo ser que possui um código genético e, portanto, a partir da fecundação (Callahan, 1970; Mori, 1999).

Além da escola genética, Callahan (1970) elencou mais duas escolas de opinião acerca do status do feto. A primeira delas é a escola desenvolvimentista, a qual defende que para que um indivíduo seja considerado ser humano é necessário que haja certo grau de desenvolvimento, para além das bases genéticas estabelecidas na fecundação. Os desenvolvimentistas enxergam a necessidade de interação entre o genótipo e o meio ambiente, a partir da qual o potencial genético estará atualizado. Nesse sentido, a vida se iniciaria a partir da nidação, ou da formação do córtex cerebral, ou da formação física do nascituro, ou, ainda, do seu nascimento. A segunda escola é a das consequências sociais. O foco desta não é mais a questão de quando começa a vida, e sim de quando a vida humana começa. Dessa forma, o importante não é o fator biológico ou desenvolvimentista, mas os desejos da sociedade em termos de normas morais e sociais. Os nascituros devem ser definidos conforme as consequências sociais daquela decisão.

Analisando alguns autores, Salem (1997) discutiu algumas posições que têm sido defendidas no plano teórico. Segundo estas, a vida se inicia: com a fecundação; com a nidação, visto que somente haveria potencial de vida com a fixação do embrião no útero materno, condição *sine qua non* ao seu desenvolvimento; entre a 24ª e 26ª semanas da gestação, momento em que o feto tem a capacidade de existir sem a mãe. Este é o critério adotado por algumas legislações vigentes sobre o aborto, a exemplo da estadunidense e do Comitê Nacional de Ética Francês, quando distingue “pessoa humana potencial” de “pessoa humana tout court”; com a formação do sistema nervoso central, critério baseado na possibilidade neurológica de sentir dor ou prazer. Além desses critérios, há quem defenda que a vida humana se inicia quando passam a existir indicadores morais, fundamentados na presença da razão, na faculdade de fazer escolhas e na moral.

O foco passa de quando a vida se inicia para quando a vida começa a ter significado moral. Alguns posicionamentos questionam a possibilidade de haver pessoa humana desde a fecundação. Um deles é que anterior a nidação não existe individualização e, sem ela, não se pode falar em pessoa. Além disso, para que esta exista, se requer informações genéticas que não estão presentes no zigoto, cuja potência nunca passará a ser ato se não entrarem em cena muitos elementos exógenos. Diz-se que apenas com seis a oito semanas o embrião terá as características de constituição física e fisiológica. É discutido pela neurofisiologia quando começa a atividade elétrica do cérebro do feto, isto é, quando são estabelecidas as conexões com o córtex, o que acontece entre a vigésima e a trigésima semana. Especialistas em medicina fetal e em neurofisiologia afirmam ser impossível que um nascituro antes da décima segunda semana sinta dor (Barchifontaine, 2004; Mori, 1997).

Discute-se que o caráter moral ou imoral do aborto depende da resposta à seguinte pergunta: o embrião é ou não pessoa humana desde a concepção? É pessoa em ato ou em potência? Primeiramente, faz-se necessário dizer que a ideia de pessoa transcende o mundo natural (biológico), não se confundindo com os termos vida humana, ser humano, homem, embora utilizadas muitas vezes como sinônimos. Para estabelecer se o embrião é pessoa ou não, é necessário observar se a interpretação dos dados biológicos disponíveis é suficiente para concluir que no momento da concepção há a individualidade e a racionalidade, duas concepções requeridas para a definição (Mori, 1997).

Analisando-se a primeira condição, a da individualidade, observa-se que até o 14º dia de fertilização, não existe a individualização do pré-embrião. Considerando que o termo latino *individuus* corresponde ao grego *átomos* e significa *indivisível*, indivíduo é aquele ente que não é divisível, e, se dividido, se dissolve ou morre. O pré-embrião ao ser dividido se separa em dois gêmeos e, dessa forma, não é um indivíduo. No sentido comum do termo, pode-se dizer que o pré-embrião é indivíduo por satisfazer o critério da contiguidade espaço-temporal.

No entanto, biologicamente falando, não o é por não ter individualidade somática (Mori, 1997).

Quanto à segunda condição, observa-se que essa característica é fornecida pela capacidade de desempenhar a racionalidade. O exercício desta pode-se presumir que só ocorra com a formação do córtex cerebral humano, de forma suficientemente completa, visto que é este que compõe o substrato biologicamente necessário do qual surge a novidade do nível cultural-racional. Isso ocorre após três meses de gestação. Resumidamente, pode-se dizer que antes desse termo o feto não satisfaz a segunda condição requerida pela definição e, portanto, pode-se concluir que certamente não é pessoa, conforme pontuou Mori (1997).

Nos extremos das posições morais acerca da permissividade ou não do aborto encontram-se, de um lado, a ideia da heteronomia da vida e, do outro, a ideia da autonomia reprodutiva. Tais extremidades possuem propriedades heurísticas que facilitam na discussão da questão, bem como esclarece como se conduz, atualmente, o debate sobre aborto na bioética. O principal argumento dos que defendem a legalização ou descriminalização do aborto é o do respeito à autonomia reprodutiva da mulher e/ou do casal, embasado no princípio da liberdade. Por outro lado, os oponentes do aborto acreditam que a vida humana é sagrada por princípio, denotando a posição da heteronomia, sustentada, ainda, pelas concepções tradicionais de maternidade e reprodução, do matrimônio e da família, isto é, do papel atribuído à mulher na sociedade, a partir da categoria gênero como unidade de análise (Pirotta & Schor, 2004; Rebouças, 2010). Não apenas os bioeticistas vinculados a crenças religiosas sustentam esses argumentos. É muito difundida no mundo ocidental cristão a crença para um sentido na vida humana além da organicidade (Diniz & Almeida, 1998; Mori, 1997).

A diferença entre tais posições acentuam-se ainda mais com seus desdobramentos argumentativos. Os teóricos que assumem para si a crença na heteronomia da vida, o fazem a partir de duas bases de sustentação. A primeira delas é a crença de que o feto já é pessoa

desde a fecundação. Dessa forma, deve-se transferir a este todos os direitos e conquistas sociais, e demais implicações jurídicas e antropológicas atribuídas ao status de pessoa humana. A segunda refere-se à potencialidade de o feto vir a ser pessoa humana, a sendo apenas uma questão de tempo. Tanto os defensores da ideia de que o feto já é pessoa humana quanto os adeptos da teoria da potencialidade acreditam que o aborto é moral e juridicamente considerado um assassinato (Diniz & Almeida, 1998).

Por outro lado, os defensores da descriminalização do aborto colocam-se numa posição reativa a tais argumentos, no sentido de desconstruir a retórica contrária ao aborto, especificamente em relação às duas posições previamente expostas. Nesse sentido, argumentam que o conceito de pessoa humana é antes de tudo antropológico e requer relação social para fazer sentido. Outra questão colocada é sobre os limites gestacionais em que o aborto poderia ser praticado. De modo geral, esses se baseiam em construções científicas relativas ao sentir dor, ao começo dos movimentos fetais, a possibilidade de viver fora do útero materno. Entretanto, são os valores sociais atribuídos ao sentir dor ou não, ter ou não consciência, movimentar-se ou não, transferidos para o feto, que delineiam os limites do que pode ou não ser feito. Em relação à teoria da potencialidade, argumenta-se que as próprias células sexuais seriam potencialmente pessoas, enfraquecendo, portanto, tal posicionamento (Diniz & Almeida, 1998)

Os principais argumentos morais acerca da liceidade do aborto são representados pela posição católica, para quem tal intervenção nunca é admitida, mesmo nos casos já previstos na legislação brasileira. Isto porque a maioria dos teólogos católicos tem a crença de que o embrião é pessoa desde a concepção. Além disso, essa posição condena o uso de qualquer contraceptivo, mesmo a camisinha quando utilizada como meio de prevenção contra as DST's. Outro posicionamento é o do “Movimento pela Vida”, o qual é visto muitas vezes como uma versão da posição católica. Este afirma que o embrião é pessoa desde a concepção

e, portanto, o aborto seria considerado homicídio; não expressa nenhuma objeção à contracepção, pois uma coisa seria prevenir a formação de uma vida e, outra, destruir a vida que já existe; admite algumas exceções, como o aborto necessário (Mori, 1997).

Por outro lado, tem-se a posição para a legalização do aborto, fundada na observância de que este já é por si uma escolha trágica e que as proibições de cunho jurídico tornam a situação a mulher ainda mais dramática, empurrando-a para a clandestinidade. Nesse sentido, o aborto deve ser regulamentado, visto que não se trata de um problema privado, deixado à discricionariedade da mulher, mas deve ser previsto em lei, permitido no interior das formas institucionais de controle. Essa posição aceita ainda o aborto por questões econômicas e psicológicas. Por fim, tem-se a posição a favor da liberalização do aborto, conforme a qual este é um problema privado, cabendo, dessa forma, à mulher decidir. A lei deveria limitar-se a subsidiar uma intervenção médica adequada (Mori, 1997).

Este autor destacou, ainda, que os defensores de uma legislação permissiva ao referido ato evitam apreciar a condição do feto. Enfatizam que a mulher já se encontra em graves dificuldades e que isso não deve ser agravado com impedimentos jurídicos; que a legislação permissiva não tenciona garantir moralmente o aborto, mas somente evitar sua clandestinidade alimentada pela ilegalidade, a qual expõe a saúde e a vida das mulheres ao risco; que enquanto a interdição obriga a todos se abster do comportamento indicado, a permissão não impõe a ação, mas a garante a quem quiser adotá-la, e essa assimetria tutela a liberdade a todos. Por outro lado, os opositores ao aborto insistem que a compreensão para com a situação pela qual passa a mulher não deve fazer olvidar a justiça com relação ao feto. Dessa forma, acreditam que uma legislação permissiva é moralmente inadmissível porque lesa o direito à vida do feto, reconhecendo o aborto como um homicídio sem justificações. De forma geral, tem-se observado a incomunicabilidade entre os defensores das duas posições.

O aborto é uma questão polêmica. Se por um lado é considerado crime suscetível de punição, por outro, é praticado na clandestinidade, sobretudo pelas mulheres mais pobres, acarretando em graves problemas à sua saúde. Por tais razões surgiram movimentos em prol da descriminalização do aborto, justificado por alguns argumentos. O primeiro deles é de cunho ideológico, segundo o qual o feto não pode ser considerado ser humano, visto que é parte do organismo da gestante (*pars viscerum matris*), a qual tem a liberdade de dispor sobre seu corpo. O abortismo socioeconômico, por sua vez, baseia-se no caráter social, econômico e político, o qual beneficiaria as mulheres das classes mais baixas, as quais poderiam recorrer a um aborto seguro, visto que as mulheres pertencentes a classes mais altas, já teriam condições de fazê-lo de forma segura e asséptica. Por fim, o abortismo privado levaria em consideração as razões particulares do casal ou da gestante, tais como os motivos de ordem psicológica, falta de conhecimento dos métodos contraceptivos, rejeição ao filho, dentre outros (Diniz, 2009).

O debate acerca do aborto é histórico e culturalmente contextualizado. Até poucas décadas atrás, o princípio da sacralidade da vida nunca havia sido questionado. Contudo, durante a década de 1970, tal princípio deixou de ser consensual. Como pode ser observado, tanto pela diversidade legal sobre a temática quanto pela multiplicidade argumentativa do debate, o aborto é um dos temas paradigmáticos da bioética, visto que nele reside a essência trágica dos dilemas morais (Diniz & Almeida, 1998; Mori, 1997). Talvez nunca se chegue a um consenso sobre tais questões, no entanto, sabe-se que é preciso reduzir os danos provocados por esta prática através de algumas estratégias de enfrentamento, as quais são analisadas no tópico seguinte.

1.4. Estratégias de enfrentamento ao aborto inseguro

O aborto tem sido tratado atualmente como um grave problema de saúde pública, sendo premente o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à prática do aborto inseguro,

visto que esta acarreta em graves riscos à saúde da mulher (Brasil, 2009; Monteiro & Adesse, 2008). Dentre essas ações, podem-se destacar as políticas públicas de prevenção, o que envolve informação, orientação sexual e educação, políticas públicas de redução de danos, com propostas que vão desde a legalização a uma assistência à saúde mais específica a essa mulher que enfrenta uma gravidez não planejada e/ou não desejada, e políticas públicas voltadas para a adoção ou como sugerem alguns programas adotados em diversos países, o “parto anônimo” (Carneiro, 2008).

O primeiro ponto a se destacar são os chamados direito reprodutivos. Estes podem ser entendidos como sendo “constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana”. É o direito subjetivo de cada um optar pela quantidade de filhos e o intervalo entre seus nascimentos, tendo meios necessários para efetivar o direito de autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, violência, coerção ou restrição de qualquer natureza. Sua natureza envolve direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, à liberdade e à segurança, à informação e educação, dentre outros, além do direito à informação e confidencialidade das informações prestadas pelos profissionais. Ressalta-se, ainda, que o princípio da não discriminação deve guiar também o atendimento à mulher que praticou o aborto não autorizado por lei, caso contrário, incorre-se em violência institucional e desrespeito às normas legais e éticas dos direitos humanos (Ventura, 2009, p. 19).

As fontes basilares dos direitos reprodutivos são as leis internacionais e nacionais, bem como outras normas regulamentadoras que formulam políticas públicas de saúde, educação, etc. No final dos anos 1970 o movimento feminista muito contribuiu para que a discussão sobre o aborto e sobre os direitos reprodutivos e sexuais ganhassem visibilidade no Brasil. Sobretudo a partir dos anos 1980, a despenalização do aborto, ou seja, sua retirada do Código Penal brasileiro, encontra-se relacionada aos direitos humanos das mulheres, incluindo-se a

saúde sexual e reprodutiva. O direito humano fundamental de pais e mães de determinar por livre-arbítrio a quantidade de filhos e o intervalo entre seus nascimentos foi instituído pela primeira vez na Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968. No mesmo sentido, a Conferência sobre População de Bucareste, em 1974, ratificou tal direito, na medida em que também delimitou o papel que o Estado deveria desempenhar para que esse fosse garantido. Ainda nessa linha, destacam-se a Conferência Mundial da Mulher do México em 1975 e a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena 1993 (Pimentel, Pandjarian & Piovesan, 2000).

Na seara dos direitos sexuais e reprodutivos, os principais temas em debate têm sido o planejamento familiar, a violência sexual, o aborto, a mortalidade materna, dentre outros. O planejamento familiar e o amplo acesso aos métodos contraceptivos, políticas essenciais para a prevenção da gravidez não planejada e/ou não desejada, e consequentemente, o aborto provocado, foram impulsionados pelos movimentos de mulheres e sanitário durante o processo pré e pós-constituente, sendo incorporados à Constituição Federal/88 (art.226, §7 - fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas). A lei federal nº 9.263/96 que regulamentou o referido dispositivo da constituição definiu planejamento familiar como sendo “um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Nele incluem-se os métodos contraceptivos, os tratamentos da infertilidade, controle de tratamento das DST, esterilização cirúrgica voluntária (Ventura, 2009).

Para que o planejamento familiar seja eficaz, prevenindo a gravidez não planejada, o aborto provocado, a mortalidade materna, da morbi-mortalidade reprodutiva, etc., é necessário

que as pessoas tenham conhecimento dos métodos contraceptivos que são mais adequados ao seu comportamento sexual e saúde, bem como a forma correta de usá-los. Ressalta-se também a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem as especificidades de cada mulher, sua realidade e demanda, uma orientação científica clara e objetiva e que proporcione um clima de confiança, bem como a disponibilidade e acesso a esses métodos na rede de saúde pública (Vieira, Badiani, Dal Fabbro & Rodrigues Júnior, 2002). A promoção ao acesso a essas informações constituem uma das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), regulamentado em 1986 (Brasil, 1984).

No entanto, sabe-se que os serviços ofertados pelo programa de planejamento familiar apresentam déficits na infraestrutura para a assistência (espaço físico, recursos humanos, equipamentos, material de consumo e educativo e formulários de registro); logística (métodos adequados às demandas e distribuídos apropriadamente); divulgação do serviço de planejamento familiar (não apenas à demanda espontânea), capacitação de pessoal; comunicação entre as esferas municipal e federal; e dificuldades geográficas (Penaforte, da Silva, Esteves, da Silva, dos Santos, Silva, 2010). Nesse sentido, alguns estudos (Faganello Madureira & Weber, 2011; Martins, Costa-Paiva, Osis, Sousa, Pinto-Neto, Tadini, 2006) têm apontado que a informação e o acesso aos métodos são insuficientes para a segurança de uma gravidez não planejada e/ou indesejada, bem como para mudança de atitude das mulheres frente à prevenção. Além disso, a escola, tida como uma das principais responsáveis pela educação sexual dos adolescentes, não tem assumido efetivamente essa tarefa.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) é direito de todo jovem e adolescente ter informações e educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e a disponibilidade de meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir-se contra as DST/HIV/AIDS, observando-se o respeito para com sua liberdade de escolha. Entretanto, na sociedade em que vivemos as questões relacionadas à anticoncepção são tradicionalmente

percebidas como de responsabilidade exclusiva das mulheres, estando, inclusive, os programas de planejamento familiar mais voltado para o público feminino (Bahamondes, 2006; Brasil, 2006; Wiese & Saldanha, 2011).

Além do planejamento familiar e da educação, orientação sexual e uma política de redução dos riscos do aborto inseguro, os programas de adoção podem também ser vistos como uma estratégia de enfrentamento a essa prática. Para que a criança seja colocada em condições de adoção é necessário que haja a suspensão ou destituição do poder familiar, o qual se dá, conforme arts. 1.637 e 1.638 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, nas seguintes hipóteses: falta dos deveres para com os filhos, quando os pais forem condenados por crimes com pena superior a dois anos, quando castigarem imoderadamente o filho, deixá-lo em situação de abandono e/ou praticar atos contra a moral e os bons costumes. Embora os pais naturais tenham consentido a adoção, eles deverão ser ouvidos pelo juiz, com a obrigatoriedade da participação do Ministério Público, e a garantia de que todos os esforços para a manutenção da criança na família natural ou extensa tenham sido esgotados, de acordo com o art. 39, § 1º da lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009, a qual dispõe sobre adoção. Com a sentença favorável, são rompidos todos os laços e vínculos do adotado com sua família natural, e registro anterior deixa de existir. (Braga & Álvares, 2009).

Em consequência do número crescente de abandonos de recém-nascidos, foi proposto pelo deputado federal Eduardo Valverde o projeto de lei (PL) 2747/08 do “parto anônimo”, o qual se encontra arquivado, seguido por outro semelhante, PL 3220/08, apresentado em abril de 2008 por Sergio Barradas Carneiro, este trazendo o endosso do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM) (Fonseca, 2009). De acordo Albuquerque (2007, como citado em Oliveira 2008, p.3), o parto anônimo diz respeito a um instituto que busca equalizar dois interesses contrapostos, de um lado garantir que uma criança indesejada pela mãe não seja vítima de abandono, aborto ou infanticídio e, de outro, que à mãe, que não quer ser mãe, seja

assegurado o direito ao anonimato e a não formação da relação materno-filial em respeito a sua liberdade.

O projeto faz alusão à “roda dos expostos”, ferramenta usual no século XIX, que tomava forma de uma portinhola giratória localizada na frente das instituições caridosas e hospitais, na qual as mulheres podiam abandonar seus recém-nascidos sem serem vistas. Faz também referência à existência de medidas adotadas em países, a exemplo da França, Luxemburgo, Itália, Bélgica, Holanda, Áustria e vários estados dos Estados Unidos (Carneiro 2008). O parto anônimo tem como objetivo proporcionar à mulher dar à luz e entregar a criança no próprio hospital, sem se identificar. Isso poderia ocorrer em dois momentos: após o nascimento, quando a mãe deixa o filho em portinholas nos hospitais destinadas a este fim, e antes do nascimento, quando a mãe comparece no hospital alegando não querer ter a criança, mas realizar o pré-natal e o parto sem ser identificada. Nesse caso, a gestante teria acompanhamento psicossocial e explicações das consequências jurídicas de sua decisão (Oliveira, 2008).

A inovação do parto anônimo é que ele aniquila a possibilidade do reconhecimento das origens do filho, visto que, em termos legais e administrativos, o vínculo entre este e a mãe não existe nem nunca existiu. De forma diversa, no processo usual de adoção, as informações, embora corram em “segredo de justiça”, são controladas e existem em algum lugar dos arquivos. Nesse sentido, trata-se de uma medida que institucionaliza a informalidade, dando o aval público à ausência de qualquer registro, na qual a mãe biológica fica isenta de qualquer responsabilidade. No entanto, têm-se algumas críticas a esse modelo. Dentre elas destacam-se o direito da pessoa à sua origem genética, o fato de remeter à roda dos expostos, a falta de estrutura das instituições, juizados e hospitais para atender a demanda, etc. (Fonseca, 2009).

Por fim, têm-se as propostas de descriminalização do aborto e/ou de redução dos danos por ele causados mesmo em meio a contextos de ilegalidade, encampadas por alguns ativistas, profissionais e teóricos. Foi a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo 1994, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing 1995, que o aborto inseguro foi qualificado pela comunidade internacional como um grave problema de saúde pública. Dessa forma, recomendou-se aos governos a revisão das leis que punem as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo a elas, em quaisquer casos, o acesso a serviços de qualidade para tratar de complicações decorrentes dos abortos. O Estado brasileiro foi um dos que assumiu o compromisso político perante a comunidade internacional de reformar as leis internas que punem as mulheres submetidas a abortos ilegais, sendo signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Os documentos elaborados durante as Conferências Internacionais recomendam aos Estados ações que garantam esses direitos. Contudo, não têm força jurídica vinculante, isto é, não são leis na acepção técnica, ao contrário das Convenções que impelem o Estado a cumprir legalmente com suas obrigações (Brasil, 2005; Pimentel, Pandjlarjlan & Piovesan, 2000; Ventura, 2009).

No que diz respeito à regulamentação da atuação profissional nesse contexto, foi formulada em 2005, pelo Ministério da Saúde, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto, dirigida aos gestores e profissionais de saúde, e a todas as pessoas comprometidas com os direitos humanos de mulheres e adolescentes no país. Nesse sentido, estabeleceu que “as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade” (p.5). É dever do profissional de saúde o atendimento de complicações derivadas do aborto inseguro, por se tratarem de casos de urgência. O Brasil consolida, dessa forma, um instrumento de ação para

produzir resultados práticos em respeito à cidadania feminina, e, ao mesmo tempo, o cumprimento das Resoluções da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, cuja meta principal é a redução do nível de mortalidade materna em 75% até 2015 em relação aos índices do ano de 1990 (Brasil, 2005).

Recentemente o governo brasileiro lançou o terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH - 3) que, mesmo em meio a inúmeras polêmicas por ele levantadas, instituiu diretrizes para orientar a atuação do poder público nas questões que dizem respeito ao aborto. Nesse sentido, apresentou como objetivo, dentre outros, “apoiar a aprovação do projeto de lei que descriminaliza o aborto, considerando a autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos”, sugerindo “ao Poder Legislativo a adequação do Código Penal para a descriminalização do aborto” (p.12). Sobre a prática do aborto já prevista em lei, recomenda-se o monitoramento dos serviços para o seu cumprimento e para a facilidade de seu acesso (Brasil, 2010b).

No entanto, no Brasil predomina certa intransigência moral quando o assunto é aborto, havendo, inclusive impedimentos de propostas de modificação do Código Penal à luz de princípios constitucionais como a liberdade ou a dignidade. Ao mesmo tempo, sua discussão é pautada por crenças de diversas ordens, as quais determinam o posicionamento e a atuação de profissionais nem sempre condizentes com as atuais diretrizes de atenção ao aborto (Gonçalves & Lapa, 2008; Rabay & Soares, 2008; Rosas, 2005; Soares, 2003).

São vários os projetos de lei que tramitam no Congresso nacional visando desde a legalização completa do aborto até o aumento do leque de sua prática. Dentre esses projetos, aquele que tem mais aceitabilidade entre os congressistas refere-se à regulamentação do aborto seletivo ou interrupção seletiva da gravidez (ISG). Um dos argumentos é a quantidade significativa de alvarás judiciais sobre a questão. Em um levantamento feito em 1996 estimou-se haver cerca de trezentos e cinquenta alvarás autorizando o aborto seletivo, sendo

que o primeiro data de 1991, em Rio Verde, Mato Grosso. Atualmente esse número é contabilizado em mais de dois mil pedidos para a interrupção seletiva da gravidez, registros correspondentes àqueles para os quais houve solicitação judicial apenas, sendo a maioria realizada em hospitais públicos. Dessa forma, a jurisprudência acumulada serve de argumento como prova de legitimação para a descriminalização dessa prática (Diniz, 2003; Gollop, 1995).

É necessário agir não apenas no campo formal da produção legislativa, mas, principalmente, na esfera material das políticas públicas. Ainda que em contexto de ilegalidade, ressalta-se a necessidade de políticas de redução de risco e danos a fim de evitar mortes maternas e maiores complicações advindas de um aborto inseguro. Tais propostas baseiam-se na redução de riscos e danos desenvolvidos para a abordagem de outros temas como as drogas e o HIV. Não há uma sociedade que não adote comportamentos de risco, sendo este entendido como a possibilidade de produzir um dano, o qual não remete apenas ao campo da saúde. Desse modo, deve-se investir em programas que procuram, sobretudo, diminuir as consequências na saúde, sociais e econômicas adversas aos usuários, às famílias e comunidades que se encontram em situações de riscos, a partir do enfoque da vulnerabilidade individual, mas também social e programática (Briozzo, Labandera, Gorgoroso & Pons, 2009; Briozzo, Gorgoroso, Almada, Rodríguez & Vidiella, 2009; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Torres, 2009; Vidiella, 2009).

Observa-se a negligência do Estado brasileiro para a efetivação de políticas públicas que, além de reduzir o número de abortos provocados, produzam menos riscos e danos para aquelas mulheres que escolhem tal caminho. Conforme exposto, pôde-se verificar que é possível traçar estratégias de enfrentamento ao aborto provocado de forma insegura, sob a ótica tanto da prevenção e promoção à saúde quanto da redução de riscos e danos.

CAPÍTULO II – APORTE TEÓRICO

2.1. Estudo das crenças

As crenças têm sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento dentre as ciências sociais e humanas, como a Sociologia, Psicologia, Antropologia, História, Filosofia, Ciência Política, Psicologia Social (Bem, 1973; Bar-Tal, 1990, 2000; Fishbein & Azjen, 1975; Rokeach, 1981). O debate em torno do aborto provocado se estrutura, conforme já apresentado, em crenças representadas, de modo a facilitar a compreensão das ideias sobre o aborto, por dois extremos. De um lado, grupos que apresentam argumentos favoráveis, e do outro, grupos cujos argumentos são contrários à sua prática. Esses grupos sociais são referidos como Pró-escolha, defensores do direito ao aborto, e Pró-Vida, defensores da proibição do aborto (Faúndes & Barzelatto, 2004; Miguel, Lora, Ortega & Muñoz, 2010).

Os argumentos que embasam tais posicionamentos, e seus desdobramentos, constituem-se de crenças sociais amplamente compartilhadas na sociedade. Por exemplo, discute-se a legitimidade do aborto considerando a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, a qual deveria, portanto, ter direito de decidir se leva adiante ou não uma gestação. Esse é um dos argumentos sustentado pelos grupos feministas e dele decorre o lema Nosso corpo nos pertence (Giffin, 1991). Por outro lado, grupos contrários à possibilidade de decisão pelo aborto afirmam que ele é um pecado contra a lei de Deus. Esse é claramente um argumento defendido pelas religiões cristãs. No entanto, há também aqueles que não se encontram em nenhum desses extremos. Certos grupos defensores da heteronomia da vida, a exemplo do grupo chamado “Católicas pelo direito de decidir” (movimento que defende o direito de a mulher decidir sobre a reprodução), são, “contraditoriamente”, defensores da tangibilidade da vida e da autonomia quando o assunto é aborto (Diniz & Almeida, 1998; Faúndes e Barzelatto, 2004).

As discussões sobre o aborto abrangem um leque variado de crenças acerca de questões morais, bioéticas, em torno da sexualidade, das garantias e direitos individuais e coletivos. É o conjunto dessas crenças que demarcam determinado posicionamento, favorável ou não ao aborto, que vai também guiar a atitude das pessoas frente a essa temática, e, aqui especificamente, a atuação profissional (Colas, Aquino & Mattar, 2007; Diniz, 1997; Porto, 2008; Porto, 2009, Portugal, 2009; Silva & Bianco, 2009).

Inicialmente, deve-se fazer uma distinção entre o que seja crença conhecimento ou fé, erro comumente cometido por leigos e alguns pesquisadores. De acordo com Krüger (2004), crença seria uma proposição mais subjetiva que estaria vinculada a aspectos cognitivos e emocionais dos sujeitos. O conhecimento, por sua vez, corresponderia ao grau de veracidade de uma determinada afirmação posta em exame, e cuja verificação está relacionada à existência de provas concretas, objetivas, encontradas fora do sujeito. Por fim, a fé é entendida como sendo proposições que são aceitas pelos indivíduos mente de evidências empíricas ou lógicas, bastando apenas sua adesão pessoal para que seja considerada verdadeira.

As crenças são definidas por Krüger como “um conjunto de conteúdos mentais de natureza simbólica, cuja influência na cognição é manifestada na percepção e interpretação que o percebedor faz de sua experiência social” (como citado em Leite & Batista, 2008, p. 157). Sobre isso, Rokeach (1981) afirmou que elas não podem ser observadas diretamente, mas inferidas por meio dos pensamentos e comportamentos. Por seu caráter simbólico, as crenças nem sempre exprimem a realidade, sendo influenciadas, muitas vezes, por elementos históricos, culturais e sociais, podendo guiar e ao mesmo tempo limitar condutas, na medida em que o sujeito que as possui passa a agir e enxergar o mundo de acordo com elas.

Dentre os psicólogos sociais que tratam da temática das crenças, pode-se destacar Bem (1973), Rokeach (1981), Fishbein e Ajzen (1975), Doise (1986; 2002) e Bar-Tal (1990, 2000).

Segundo Bem (1973), as crenças são formadas por quatro componentes interdependentes: cognitivo, afetivo, comportamental e social. Se uma pessoa percebe alguma relação entre duas coisas ou entre alguma coisa e uma das suas características, diz-se que ele tem uma crença. As crenças são classificadas em crenças primitivas e em crenças de ordem superior. As primeiras estão atreladas à própria experiência sensorial do indivíduo ou baseadas na autoridade externa. Pode-se dizer que os estereótipos não se fundamentam em nenhuma experiência válida, não obstante são apreendidos como boatos ou são formados a fim de racionalizar nossos preconceitos. A crença na sacralidade da vida, baseada estritamente na autoridade divina, pode ser um exemplo de crença primitiva.

Na teoria de Bem (1973), três características inter-relacionam as crenças: estrutura vertical, estrutura horizontal e centralidade. A primeira delas vincula cada crença de ordem específica com as crenças de ordem inferior nas quais ela está ancorada. A estrutura horizontal diz respeito à organização das crenças que dão suporte de uma crença de nível superior, ou seja, uma crença mais elaborada se apoia sobre vários suportes silogísticos. A centralidade retrata os efeitos de uma crença em outras crenças. As crenças de ordem superior estão fundamentadas numa estrutura vertical de crenças, as quais as originam como se fossem o produto de uma inferência quase lógica. Também são derivadas da experiência através de raciocínio indutivo. Por fim, pode-se derivá-la de uma ordem ainda mais alta, fundada sobre premissas que são conclusões de silogismos anteriores. Por exemplo, pode-se ter como premissas as conclusões dos dois silogismos. Ex.: Bebida alcoólica causa cirrose. Cirrose pode causar morte. Portanto, alcoolistas morrem mais jovens do que não alcoolistas. Uma crença é altamente elaborada ou diferenciada quando tem uma longa estrutura vertical.

Crenças, atitudes e valores parecem estar logicamente ligados. As atitudes são os gostos e as antipatias, cujas raízes repousam sobre as emoções, mas também em bases cognitivas. Assim como as crenças, podem ser conclusões de silogismos, as quais são, em sua

maioria, de natureza avaliativa. Podem se basear em crenças primitivas fundadas em uma única experiência sensorial (o gosto de jiló é horrível), crenças primitivas abstratas fundamentadas em várias experiências separadas (a legalização do aborto é indesejável) ou crenças primitivas baseadas na autoridade (Deus é bom). Os valores, por sua vez, são fins, não meios, baseados em crenças primitivas, sejam elas não conscientes ou uma derivação direta da experiência ou com base em alguma autoridade externa. Os valores são centrais em outras atitudes e crenças, funcionam como premissas, através de silogismos, e, por isso, deles provêm muitas atitudes particulares e crenças. Por exemplo, ser “liberal” e “conservador”, de modo geral, possibilita prever muitas atitudes de um indivíduo porque essas duas características estão vinculadas a valores subjacentes, os quais são compartilhados por grandes segmentos da população (Bem, 1973).

Outra teoria sobre crenças bastante conhecida em Psicologia Social é a de Rockeach (1981). Conforme este autor, nem todas as crenças são importantes para os indivíduos, variando conforme uma dimensão chamada de periférica-central. Nessa lógica, as crenças constituiriam uma estrutura hierárquica, segundo a qual quanto mais central for uma crença, maior será sua resistência à mudança. Para uma melhor compreensão, Rockeach apresentou cinco tipos de crenças:

1) *Tipo A - Crenças Primitivas (consenso 100%)*: são tidas como mais centrais no sistema de crenças, pois são apreendidas no contato direto com o objeto a que se referem e reforçadas por um consenso social (pessoas e grupos). Estão relacionadas a fatos de natureza humana, a saber: “quem eu sou”, “qual o meu nome”, etc. Por seu caráter de consensualidade são, na maioria das vezes, aceitas como certas e, por conseguinte, menos suscetíveis às mudanças.

2) *Tipo B - Crenças Primitivas (consenso zero)*: também são aprendidas no confronto direto com o objeto da crença, no entanto, sua manutenção não depende de compartilhamento com outros indivíduos ou grupos. Nesse sentido, embora sejam alvos de controvérsias, essas crenças são igualmente difíceis de serem transformadas. “Exemplos de tais crenças são as apoiadas em fé genuína, tais como fobias, ilusões, alucinações” (p. 7) e demais crenças oriundas de experiências aprendidas, a citar: Eu acredito em Deus e não importa em que os outros acreditam; e acredito que sou uma pessoa burra; eu acredito que meu pai não me ama.

3) *Tipo C – Crenças de Autoridade*: referentes às pessoas consideradas uma autoridade (pessoas ou grupo de referência), seja positiva ou negativa. O seu entendimento pode ser resumido pelo seguinte questionamento: “em que autoridades, positivas e negativas, nós vamos confiar e desconfiar, atender e não atender ao empreendermos as nossas vidas diárias procurando informações sobre o mundo?” (p. 8). Tais crenças são contestáveis, visto que indivíduos vistos como autoridade por algumas pessoas, não o são para outras.

4) *Tipo D – Crenças derivadas*: fincadas na credibilidade de uma autoridade específica, aceitando as outras crenças provenientes desta. São “crenças ideológicas, originadas das instituições religiosas ou políticas e derivadas de segunda mão, do processo de identificação com a autoridade mais do que pelo encontro direto com o objeto da crença” (p. 8). Podem-se inferir as demais crenças ao saber que uma pessoa acredita numa autoridade específica. Constituem o que comumente se refere a uma ideologia institucionalizada. No entanto, assim como nas crenças do Tipo C, são passíveis de controvérsias; e

5) *Tipo E – Crenças Inconsequentes*: concernentes a questões de gosto mais ou menos arbitrárias. Recebem essa nomenclatura porque não mantêm nenhuma ligação com outras

crenças. Podem ser mais bem compreendidas com a seguinte citação “Não há o que discutir em questões de gosto”. Assim como os tipos A e B, são crenças que não admitem controvérsias, pois se originam diretamente da experiência com o objeto da crença, e cuja manutenção não depende de um consenso social.

De acordo com essa tipologia, Rockeach (1981) afirmou serem mais centrais as crenças do Tipo A e B, enquanto as do Tipo C, D e E ocupam uma posição mais periférica. Para Martins (2008), o conteúdo das crenças, conforme esta teoria, pode apresentar diferentes características, a citar: 1) *crenças de caráter descritivo*, relativas a juízos de fato (verdadeiro ou falso) da experiência pessoal referente a algum objeto (Ex: crenças do tipo A, B e E); 2) *de caráter avaliativo*, correspondendo a juízos de valor (bom ou ruim, positivo ou negativo) frente ao evento ou objeto em questão e, por fim, 3) *de caráter prescritivo*, definindo determinado aspecto ou ação como desejável ou indesejável.

Rockeach (1981) distinguiu, ainda, sistema de crenças de atitudes e ideologia. O primeiro se refere ao universo total de crenças de um indivíduo acerca do mundo físico, o mundo social e o eu. O segundo termo diz respeito a um tipo de subsistema de crenças disposto em torno de um objeto ou situação “que, por sua vez, está contido num subsistema mais amplo e assim por diante” (p.100). Por fim, ideologia é “uma organização de crenças e atitudes – religiosas, políticas ou filosóficas por natureza – que estão mais ou menos institucionalizadas ou compartilhadas por outros, sendo derivadas de uma autoridade externa” (p.100).

Conforme exposto, as crenças sobre um objeto constituem a base para a formação da atitude frente a este, a qual é medida usualmente através do acesso às crenças de uma pessoa. De acordo com Fishbein e Ajzen (1975), crenças referem-se aos julgamentos pessoais acerca de aspectos discriminantes do seu mundo, ao entendimento de si mesmo e do seu meio.

Especificamente, definem-se crenças como a probabilidade pessoas de relacionar um objeto da crença com qualquer outro objeto, valor, conceito ou atributo. Suscintamente, este autor apresentou três processos diferentes subjacentes à formação das crenças. Primeiro, uma ligação entre o objeto e o atributo pode ser estabelecido tendo por base a observação direta (crenças descritivas). Segundo, uma ligação entre o objeto e o atributo pode ser instituída através do processo de inferência a partir de outras crenças sobre o objeto (crenças inferenciais). Por fim, tal ligação pode ser estabelecida através de alguma fonte, a partir da qual este vínculo deve ser aceito (crenças informativas).

Pode-se observar que as teorias sobre as crenças descritas anteriormente trazem um enfoque mais individual. Um mesmo fenômeno social pode ser analisado de diversas maneiras, dependendo do enfoque que cada teoria adota, se, por exemplo, mais individual ou social. Nesse sentido, Doise (1986, 2002) propôs quatro níveis de análise, os quais não correspondem a quatro níveis de realidade, mas a níveis de análises designados para capturar os diferentes aspectos desta. Para ilustrar alguns, recorrer-se-á ao fenômeno social do aborto, tema deste estudo.

O primeiro deles corresponde ao nível intra-individual, cuja análise centra-se em como os indivíduos organizam sua percepção, sua avaliação do meio social e de seu comportamento neste. Como exemplo, tem-se a teoria da dissonância cognitiva de Festinger. O aborto poderia ser analisado neste nível, portanto, segundo a dissonância cognitiva de uma mulher que segue os dogmas católicos, por exemplo, ao praticar um aborto. Assim, ela teria duas atitudes incompatíveis entre si frente a este fenômeno, isto é, acreditar que é errado praticar aborto e praticá-lo. O segundo nível refere-se aos processos inter-individuais, cujo objeto de estudo é a dinâmica das relações estabelecidas por determinados indivíduos, em uma situação específica. A teoria de atribuição de causalidade de Kelley, segundo o Modelo de Covariação, e a de

Jones e Davis, os quais descreveram o processo pelo qual se chega a uma atribuição interna, analisam os fenômenos a partir deste nível.

O terceiro nível corresponde ao intergrupar, no qual os fatores que explicam os comportamentos ou fenômenos sociais derivam das relações grupais, a exemplo da teoria da Identidade Social de Tajfel. Por fim, o quarto nível de análise diz respeito ao societal, cuja análise parte das relações de grupos que se desenvolvem no seio das ideologias, das crenças e representações com características específicas, as quais são ao mesmo tempo causa e consequência dessas relações. O aborto nesse nível poderia ser apreendido através das crenças sociais e compartilhadas a partir do contexto social e do grupo de pertença, a exemplo de grupos feministas, católicos, dos direitos humanos, etc.

Nesse sentido, apresenta-se a perspectiva teórica das crenças compartilhadas Bar-Tal (2000) para analisar o fenômeno em questão. As crenças, segundo este autor, podem ser definidas como proposições que expressam pensamentos, cujos conteúdos são de alcance ilimitado, sendo construídas por seres. São unidades básicas de categorias de conhecimento, tais como ideologia, valores, normas, decisões, inferências, metas, expectativas, dogmas religiosos ou justificativas. Encontram-se armazenadas na mente dos indivíduos e são expressas através de vários produtos humanos, como livros, revistas, filmes, pinturas, etc. (Bar-Tal, 2000).

Pode-se fazer uma diferenciação entre dois tipos de crenças: pessoais (individuais) e comuns (grupo). A primeira delas pertence às crenças formadas pelo indivíduo e que são exclusivamente armazenadas em sua mente, compondo um repertório privado. O segundo tipo é compartilhado. Contudo, as crenças individuais não são completamente independentes da natureza social, podendo se tornar uma crença comum ao serem adotadas e compartilhadas por outras pessoas através, por exemplo, da comunicação interpessoal, ou de vários canais de comunicação midiáticos (Bar-Tal, 2000).

As crenças comuns (*no sentido de comunalidade, grupo*) podem ser partilhadas por alguns indivíduos, um pequeno grupo de membros de uma sociedade, ou mesmo pela maioria dos seres humanos. São geralmente adquiridas por fontes externas, exceto no caso em que os indivíduos constituem uma crença pessoal e, conseqüentemente, comunicam e disseminam a outras pessoas. Esta disseminação é feita através de redes de comunicação interpessoal ou por meio de mecanismos de comunicação social, destacando-se as instituições sociais, como as escolas ou mídia. Entre as categorias de disseminação mais proeminentes de crenças comuns estão novas informações (notícias), dogmas religiosos e conhecimento científico que se difundem em diferentes partes do mundo (Bar-Tal, 2000).

O estudo das crenças é feito a partir de perspectivas macro e micro. Esta foca, especialmente, as crenças pessoais e comuns que são armazenadas pelos indivíduos; elucida seu processo cognitivo de formação e mudança, suas estruturas de organização da mente humana e a implicação pessoal de seus conteúdos. A perspectiva macro, por sua vez, analisa as unidades sociais tais como grupos, sociedade ou nações, focando as crenças compartilhadas por seus membros. Este tipo de crença desempenha um papel importante na explicação da estrutura e ação societal. Compartilhar crenças é uma necessidade social, a fim de que indivíduos que vivem em grupo e sociedade se comuniquem de maneira compreensível ao estabelecerem um ambiente compartilhado de comunicação. Tão só em tal ambiente pode-se ter o planejamento das funções sociais, coordenação, influência, definição de metas e assim por diante (Bar-Tal, 2000).

Pode-se analisar o aborto a partir do enfoque das crenças grupais e sociais. As crenças grupais podem ser definidas como convicções compartilhadas pelos membros de um grupo, os quais têm consciência desta partilha (Bar-Tal, 1990). Essas crenças determinam a identidade do grupo e fornecem o substrato para o coletivo se organizar em torno de um objeto. Desse modo, as crenças grupais indicam formalmente a adesão ao grupo, fornecendo

fundamentos para o senso de pertença ao grupo. Exemplos de crenças grupais são o manifesto comunista para os comunistas e as crenças no direito à vida para os membros do Comitê nacional de Direito à Vida (Bar-Tal, 2000). Como poderá ser constatado no capítulo IV deste estudo, algumas crenças referem-se estritamente ao grupo de profissionais de direito, devido às especificidades desta profissão. Outras, no entanto, parecem não se relacionar ao grupo profissional em si, mas a outros aspectos que também podem demarcar grupos, mas não necessariamente, a exemplo de crenças vinculadas à concepção de heteronomia da vida e, contrariamente, de autonomia reprodutiva.

As crenças sociais, por sua vez, são definidas como crenças duradouras compartilhadas por membros de uma sociedade. A parte central da definição aponta para o fato de que estas caracterizam uma sociedade, cujos membros percebem essa caracterização, reconhecendo a sua influência. Estes compartilham crenças sociais que também surgem em vários produtos culturais, tais como os debates públicos, discursos de líderes, informações da mídia e material didático. Essas crenças duram um longo tempo e fazem parte do repertório individual e público (Bar-Tal, 2000).

O que diferencia crenças sociais de outros tipos de crenças é o alcance de seus conteúdos, características específicas e funções. Crenças de grupo definem, unicamente e formalmente, a “coletividade” de um determinado grupo, exclusivamente o caracterizam, e são especialmente aplicáveis para analisar as organizações e grupos voluntários. Em contrapartida, os conteúdos das crenças sociais são de alcance amplo e inclusivo. Muitas crenças caracterizam uma sociedade, e sociedades podem ter crenças sociais similares. Por exemplo, mais de uma sociedade deve manter crenças sociais que afirmem: “*nós somos democráticos*”, ou “*o número um dos problemas de nossa sociedade é o uso de drogas*” ou “*nós estamos engajados em problemas violentos*”. Mas cada sociedade particular deve ver estas crenças como as suas características (Bar-Tal, 2000).

As funções das crenças sociais são o seu suporte para o desenvolvimento da consciência de similaridade, identidade social, interdependência e coordenação de atividades sociais – tudo o que for necessário para o funcionamento do sistema social. Assim, é importante que os membros da sociedade adotem essas crenças. Realmente, as sociedades exercem um efeito especial para transmitir e manter essas crenças entre os seus membros. Ser membro de uma sociedade indica, em muitos casos, a aceitação de certas crenças compartilhadas pelos membros desta (Bar-Tal, 2000).

O aborto é um tema compartilhado por toda a sociedade brasileira, difundido através de debates políticos, científicos, pela mídia em geral, pelas religiões, etc. Cada posição tem seus desdobramentos, demarcando o funcionamento da sociedade. O aborto é assassinato? Quando se inicia a vida? O que é vida? O feto já pode ser considerado pessoa humana ou o feto é pessoa humana em potencial? A mãe ou casal que deseja a interrupção da gravidez poderiam ser considerados mais pessoa que o feto? (Diniz & Almeida, 1998). Essa é a discussão feita no campo da Bioética, mas que representa bem as crenças da sociedade em geral. Sendo esta uma realidade do cotidiano das pessoas, é compreensível que a relação dos profissionais de saúde com os seus pacientes possa ser influenciada pelas suas crenças. Ao mesmo tempo, a legislação sobre o que a sociedade considera como desejável, correto, justo é reflexo destas, as quais se expressam também como valores e normas, servindo para caracterizar determinada sociedade (Nader, 1982; Bar-Tal, 2000).

A sociedade elabora o direito a fim de formular as bases da justiça e segurança, fundado na vontade social. Dessa forma, a legislação deve assimilar os valores positivos que a sociedade, em determinada época, estima e vive, sendo o direito o responsável pela instrumentalização destes. Ao mesmo tempo, alguns autores o definem como processo de adaptação social, o qual se compõe de normas jurídicas que fixam os modelos de comportamento. Não só este dispositivo normatiza condutas, como também a religião, a moral

e o trato social. Pode-se dizer também que o direito é reflexo dos costumes e crenças de determinada sociedade em determinado período histórico, e, por ser contextualizado, a sua vigência, bem como a durabilidade das crenças sobre determinado fenômeno, sofrem variações no tempo e no espaço (Nader, 1982; Bar-Tal, 2000).

Nesse sentido, pode-se dizer que a lei se traveste em norma e os aparatos jurídicos se vinculam cada vez mais a um contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc.) cujos papéis são especialmente reguladores (Foucault, 1997). Nessa conjuntura, observa-se que os diferentes atores que pleiteiam o poder sobre o embrião situam-se dentro de um de um conjunto de representações, sobre as quais o direito à vida compõe um pano de fundo.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo Geral

Analisar as crenças dos profissionais de saúde (médicos ginecologistas-obstetras, enfermeiros e psicólogos) e dos profissionais de direito (juízes de direito e promotores de justiça) sobre o aborto provocado e o aborto seletivo.

2.2.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito;
- b) Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde e de direito acerca da legislação brasileira sobre o aborto;
- c) Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde e de direito acerca dos documentos necessários para se obter autorização da prática do aborto em caso de gestação de feto inviável (aborto seletivo) e em casos previstos em lei;

- d) Verificar a opinião dos participantes sobre os casos em que o aborto deveria ser permitido pela legislação brasileira, bem como a influência exercida pela sua religião ou religiosidade;
- e) Investigar as crenças dos profissionais de saúde e de direito sobre o aborto provocado e seletivo, bem como os demais aspectos (jurídicos, biopsicossociais e bioéticos) envolvidos nesta temática;
- f) Comparar as crenças sobre aborto provocado e aborto seletivo dos profissionais de saúde com as crenças dos profissionais de direito;
- g) Investigar as crenças dos profissionais de saúde e dos profissionais de direito sobre suas propostas de enfrentamento ao aborto inseguro.

CAPÍTULO III – MÉTODO

3.1. Característica do estudo

Tratou-se de um estudo de cunho qualitativo, a fim de investigar as crenças dos profissionais de saúde e de direito acima referidos. A pesquisa qualitativa tem como objetivo principal a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, cujos dados são analisados de forma indutiva pelo pesquisador (Lakatos & Marconi, 1986).

3.2. Amostra

A amostra foi composta por profissionais de saúde (médicos ginecologistas/obstetras, enfermeiros e psicólogos), bem como por profissionais de direito (promotores de justiça e juízes de direito). A amostra é caracterizada como sendo não probabilística por conveniência. Nesse sentido, recorreu-se a uma maternidade de referência ao atendimento de mulheres em situação de aborto, localizada no município de João Pessoa, a fim de contatar os referidos profissionais de saúde e ao Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, às faculdades de direito, às varas criminais e varas mistas, a fim de contatar os referidos profissionais de direito.

A amostra foi composta segundo os seguintes critérios:

1. Profissionais de saúde: ter residência médica de ginecologia e obstetrícia ou a formação superior em enfermagem ou em psicologia, bem como atuar na área de atenção à saúde reprodutiva da mulher e aceitar participar da pesquisa;
- 2 Profissionais da área jurídica: ser promotor de justiça ou juiz de direito que atuem nas varas criminais ou nas varas mistas, bem como concordar em participar da pesquisa.

Para a delimitação do número de entrevistados, apenas para o estudo qualitativo, foi utilizado o critério de saturação (Sá, 1998), segundo o qual “quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir isto significaria que entrevistar uma maior quantidade de outros participantes pouco acrescentaria de significativo; pode-se então realizar mais umas poucas entrevistas e parar” (p.92). Nesse sentido, responderam ao questionário 16 profissionais de saúde e 10 de direito, os quais também participaram da entrevista. Vale ressaltar que uma entrevista com um dos profissionais de saúde, uma psicóloga, foi perdida, totalizando, desse modo, 15 profissionais de saúde entrevistados.

3.3. Instrumentos

Utilizou-se como um dos instrumentos de coleta de dados um questionário biodemográfico, a fim de identificar o perfil dos participantes, tendo como variáveis de interesse o sexo, a idade, etnia, a profissão, o estado civil, número de filhos, a religião, a religiosidade, o tempo de trabalho na área (Anexo II).

A fim de cumprir com os objetivos: b) Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde e de direito acerca da legislação brasileira sobre o aborto; c) Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde e de direito acerca dos documentos necessários para se obter autorização da prática do aborto em caso de gestação de feto inviável (aborto seletivo) e em casos previstos em lei; d) Verificar a opinião dos participantes sobre os casos em que o aborto deveria ser permitido pela legislação brasileira, bem como a influência que sua religião ou religiosidade exerce sobre suas respostas, foi utilizado um questionário auto-aplicável como proposto por Faúndes, Duarte, Andalaft-Neto, Olivatto e Simoneti (2004) (Anexo II). Os objetivos b) e c) se justificam pelo fato de pesquisas, a exemplo da investigação realizada pelos referidos autores, terem apontado um desconhecimento, especificamente dos profissionais de saúde, acerca da legislação brasileira que trata do aborto, bem como dos procedimentos frente ao aborto seletivo e aos abortos legais.

Em seguida, foi realizada uma entrevista do tipo semi-estruturada com os participantes da pesquisa com a finalidade de investigar suas crenças sobre o aborto seletivo e o aborto provocado. As questões norteadoras dessa entrevista foram: o que o senhor/senhora pensa sobre o aborto provocado e o aborto seletivo? Quais as suas sugestões para a redução dos danos causados por tal prática?

3.4. Procedimentos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba com o fim de solicitar autorização para seu prosseguimento. Mediante aprovação, iniciou-se a fase de coleta de dados, na qual os participantes foram contatados e informados, previamente, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa. O contato com os participantes foi feito nos locais de coleta acima referidos, cujos diretores já haviam previamente declarado possuir condições para o desenvolvimento deste estudo, autorizando a sua execução.

Após a aceitação dos participantes em colaborar com a pesquisa, assegurando-lhes a confiabilidade dos dados e o anonimato, foram agendadas, individualmente, as suas participações. Estas consistiram, primeiramente, na realização de uma entrevista, a qual teve duração média de 40 minutos e foi gravada mediante o consentimento do participante, seguida da aplicação do questionário. Os profissionais que não autorizaram a gravação tiveram a sua entrevista registrada por escrito.

A aplicação do questionário, bem como a realização da entrevista, foi conduzida pela pesquisadora autora desta dissertação, a qual se colocou à disposição para dirimir eventuais dúvidas, de forma individual, e preferencialmente em uma sala reservada nos próprios locais de trabalho. Antes de iniciar entrevista e a aplicação do questionário, foi solicitado aos participantes que lessem e assinassem um Termo de Consentimento Informado (Anexo I), cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo

Seres Humanos. Vale ressaltar que esta pesquisa não acarretou em nenhum risco ou prejuízo à amostra em questão.

3.5. Análise dos dados

3.5.1. Análise dos questionários

Os dados bio-demográficos, bem como os do questionário, foram analisados através de estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão).

3.5.2. Análise das entrevistas

Os discursos foram analisados com base em Categorias determinadas a partir dos sentidos suscitados e processados em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993), a qual consiste em duas fases.

Primeira Fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção concentrou-se em significados comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discurso foi transcrito e estudado em função de cada entrevista realizada, levando-se em conta as questões particulares de cada indivíduo. Nesse sentido, compreenderam-se as seguintes etapas:

- a) *Leitura Inicial:*** Nessa primeira leitura, objetivou-se identificar os pontos preliminares vinculados às Categorias. Além disso, realizaram-se anotações sobre os aspectos relacionados à situação da entrevista (rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo).

- b) *Marcação:*** Alguns trechos da entrevista que corresponderam às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes, foram selecionados.
- c) *Corte:*** Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- d) *Junção:*** Todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise, agrupando-se os trechos selecionados.
- e) *Notação:*** Foram feitas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- f) *Discussão:*** As observações foram discutidas a fim de se fazer a segunda junção, na qual os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria foram agrupados.

Segunda Fase

Na segunda etapa, a junção se deu a partir dos significados comuns a todas as entrevistas, agrupadas e estudadas conforme a equivalência de significados, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiram-se as seguintes etapas:

- a) *Leitura Inicial:*** Realizou-se uma leitura para identificar os trechos cujos significados são comuns, dentro de cada Categoria.
- b) *Organização:*** Esses trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- c) *Notação:*** Foram ampliadas as observações marginais, relacionando-as às subcategorias, quando necessário.
- d) *Discussão Final e Redação:*** Foi realizada a redação definitiva, nas quais as categorias obtidas através da análise de discurso foram aprofundadas.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Resultados quantitativos

A fim de cumprir com parte dos objetivos deste trabalho, foi aplicado um questionário em 26 profissionais, sendo 10 da área de Direito (6 juízes e 4 promotores) e 16 da área de Saúde (7 enfermeiros, 5 médicos e 4 psicólogos). Conforme tabela 1, observou-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino (N=15), com idades variando entre 24 e 60 anos (M=39,77; DP=10,86), sendo 30 – 49 anos a faixa etária de maior frequência. Quanto ao tempo de atuação na área de profissão, a maioria respondeu o período de 0 – 10 anos. Os entrevistados são, em sua maior parte, solteiros ou casados, possuem algum filho e se declararam brancos. Em relação ao item religião e religiosidade, estes disseram ser, majoritariamente, católicos e religiosos, respectivamente.

Tabela 1 - Perfil sócio-demográfico dos Participantes

Variáveis		N (26)
Sexo	Feminino	15
	Masculino	11
Faixa Etária	24 - 29 anos	4
	30 – 39 anos	9
	40 – 49 anos	8
	50 – 60 anos	5
Etnia	Branco	14
	Pardo	8
	Negro	2
	Amarelo	1
Profissão	Médico	5
	Enfermeiro	7
	Psicólogo	4
	Juiz	4
	Promotor	6
Tempo de atuação	0 – 5 anos	7
	6 – 10 anos	8
	11 – 25 anos	6

	Mais de 25 anos	4
Estado Civil	Solteiro	7
	Casado/Convivente	15
	Separado/Divorciado	2
	Viúvo	1
Número de filhos	0	9
	1	6
	2	7
	3	2
	4	1
Religião	Sem religião	1
	Católica	19
	Evangélica	5
	Outra	1
Religiosidade	Nada religioso	4
	Pouco religioso	8
	Religioso	12
	Muito religioso	1

Além de questões sócio-demográficas, o questionário aplicado contemplava outros itens que permitiram identificar o conhecimento e a opinião dos profissionais sobre o aborto e sua legislação. Em relação ao conhecimento dos participantes acerca da legislação sobre o aborto (tabela 2), observou-se que a maioria (n=24), sendo 15 da área de saúde e 9 da área de direito, respondeu que esta prática não é punida, se praticada por médico, nos casos em que há risco de vida para a gestante (aborto terapêutico) e quando resulta de estupro (aborto sentimental). O aborto em virtude de malformação fetal grave (aborto seletivo) foi referido pela maioria dos profissionais de saúde (n=10) como sendo permitido pelo Código Penal (CP) brasileiro, diferentemente dos profissionais de direito, cuja minoria (n=4) respondeu nesse sentido.

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais de saúde e de direito acerca da legislação brasileira sobre o aborto e opinião sobre quais circunstâncias o aborto deveria ser permitido

Circunstâncias	O CP autoriza o aborto praticado por médico		Deveria ser permitido	
	Saúde	Direito	Saúde	Direito

	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravidez resultante de estupro	15	93,8	9	90,0	13	81,3	6	60,0
Risco de vida da gestante	15	93,8	9	90,0	13	81,3	9	90,0
Feto com malformação congênita grave	10	62,5	4	40,0	13	81,3	9	90,0
Mãe ou parceiro HIV+	–	–	–	–	1	6,3	1	10,0
Mulher sem condições psicológicas/emocionais	–	–	1	10,0	1	6,3	2	20,0
Mulher solteira quando o parceiro não assume a gravidez	–	–	–	–	2	12,5	1	10,0
Falha no Método contraceptivo	–	–	–	–	1	6,3	1	10,0
Mulher que não tem condições financeiras	–	–	–	–	1	6,3	1	10,0

Desse modo, pode-se concluir que a opinião sobre a legislação do aborto da maioria dos participantes, de ambas as classes profissionais, foi consonante com as previsões legais (Grecco, 2010; Nucci, 2010). No entanto, mais da metade dos participantes da área de saúde (n=10) responderam, incorretamente, que a lei também exclui de pena o aborto nas circunstâncias em que o feto tem malformações graves. Esses resultados foram consonantes com a pesquisa realizada com ginecologistas e obstetras filiados a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (Faúndes et al., 2004). Um estudo realizado com 57 médicos que trabalhavam nas salas de emergência de dois hospitais de Ribeirão Preto também confirmou os resultados do presente trabalho quanto ao conhecimento da legislação do aborto. Entretanto, diferentemente dos resultados obtidos pela presente pesquisa, 82,5% afirmou corretamente que o aborto seletivo é punido (Loureiro & Viera, 2004).

Quanto à opinião sobre quais circunstâncias o aborto deveria ser permitido, a maioria dos participantes concordou que as situações previstas em lei devem continuar sendo autorizadas, sendo 22 participantes favoráveis ao aborto terapêutico, 13 de saúde e 9 de

direito, e 19 favoráveis ao aborto sentimental, sendo 13 de saúde e 6 de direito. Observou-se que dois participantes disseram ser contra a legalização do aborto terapêutico, sendo eles evangélicos. Dentre aqueles que afirmaram ser contrários à prática do aborto sentimental (n=5), 3 responderam ser adeptos da religião evangélica e 4 são da área de direito. No tocante ao aborto seletivo, a maioria dos participantes (n=22) também respondeu ser favorável e a minoria (n=3), 2 evangélicos e 1 católico, contrária.

Frente às demais circunstâncias, os participantes, majoritariamente, se posicionaram desfavoráveis à autorização da prática do aborto. A religião ou religiosidade foi apontada por grande parte dos profissionais (n=19), 12 de saúde e 7 de direito, como sendo *muito importante* ou *importante* na formação da sua opinião acerca do aborto. A maioria dos participantes (n=17) afirmou, ainda, que a sua religião não aceita a prática do aborto em nenhuma situação. Devido ao tamanho da amostra e demais especificidades, não se pode afirmar que houve relações estatisticamente significativas entre as variáveis de estudo, embora se tenha observado que dentre os profissionais contrários à prática do aborto, todos afirmaram ser adeptos de alguma religião. A influência das crenças religiosas nas respostas dos participantes foi observada com mais clareza nas entrevistas, dados discutidos no próximo tópico. Vale ressaltar que alguns participantes deixaram algumas questões em branco, não somando, em algumas variáveis, o n total da amostra.

A maior parte dos médicos entrevistados por Loureiro e Vieira (2004) e por Fúndes et al. (2004) foram favoráveis ao aborto legal. A maioria dos entrevistados ampliaria o acesso ao aborto legal em uma circunstância: no caso de malformação incompatível com a vida. Nas demais situações, também se mostraram desfavoráveis à descriminalização do aborto, conforme verificado por este estudo.

No âmbito das opiniões dos profissionais jurídicos, uma pesquisa recente feita com juízes e promotores sobre a legislação do aborto, mostrou que grande parte deles respondeu

favoravelmente à ampliação das circunstâncias em que o aborto não é punido, especialmente em relação ao aborto seletivo. Verificou-se, ainda, uma relação estatisticamente significativa entre a atitude frente ao aborto e a religião. Dentre os que afirmaram concordar com a permissão do aborto em todas as circunstâncias apresentadas pelo estudo, a maioria respondeu não ser religiosos ou de religiosidade intermediária, ou cuja religião ou concepções religiosas pessoais não foram importantes (Duarte, Osis, Faúndes & Sousa, 2010). Nesse sentido, observou-se que as crenças religiosas foram importantes na formação dos participantes da pesquisa em questão, de acordo também com os resultados da presente pesquisa. Contrariamente à literatura (Galeotti, 2007; Papaleo, 2000), os evangélicos não se mostraram flexíveis frente aos abortos já previstos em lei, visto que sua maioria respondeu que o aborto sentimental não deveria ser legalizado.

A respeito do conhecimento dos profissionais sobre a documentação necessária para a autorização da prática do aborto legal e em caso de malformação fetal grave (tabela 3), observou-se que o alvará judicial foi citado pela maioria dos participantes como indispensáveis à prática do aborto terapêutico (n=16), aborto sentimental (n=16) e também aborto seletivo (n=24). Em relação à necessidade da apresentação do laudo médico, estas foram as mesmas situações referidas por grande parte dos profissionais de ambas as áreas. Quanto ao boletim de ocorrência, a maioria, 13 de saúde e 8 de direito, mencionou ser imprescindível para a autorização do aborto sentimental, a qual, segundo 8 juristas também depende do laudo do Instituto Médico Legal (IML).

No tocante ao consentimento da própria gestante para se submeter ao aborto terapêutico, ao aborto sentimental e ao aborto seletivo, grande parte dos profissionais de direito afirmou acertadamente ser necessário, diferentemente dos profissionais de saúde, cuja minoria respondeu nesse sentido. Por fim, tanto os profissionais de direito quanto os de saúde

afirmaram ser necessária a autorização dos responsáveis para a realização dos abortos legais e aborto seletivo em menores de 18 anos (tabela 3).

Tabela 3 – Conhecimento dos profissionais sobre a documentação necessária para se obter autorização para prática do aborto nos casos previstos em lei no em caso de malformação fetal grave.

Documentos	Saúde		Direito	
	N	%	N	%
Alvará Judicial				
Risco de vida da gestante	9	56,4	7	70,0
Gestação resultante de estupro	10	62,7	6	60,0
Malformação fetal grave	14	87,9	10	100,0
Não sabe	1	6,3	–	–
Laudo médico				
Risco de vida da gestante	13	81,6	10	100,0
Gestação resultante de estupro	9	56,4	7	70,0
Malformação fetal grave	14	87,9	8	80,0
Não sabe	–	–	–	–
Boletim de ocorrência				
Risco de vida da gestante	1	6,3	–	–
Gestação resultante de estupro	13	81,6	8	80,0
Malformação fetal grave	2	12,6	–	–
Não sabe	1	6,3	–	–
Laudo do Instituto Médico Legal				
Risco de vida da gestante	6	37,2	3	30,0
Gestação resultante de estupro	5	31,5	8	80,0
Malformação fetal grave	3	18,9	3	30,0
Não sabe	2	12,6	–	–
Autorização da própria mulher				
Risco de vida da gestante	6	37,8	6	60,0
Gestação resultante de estupro	7	44,1	8	80,0
Malformação fetal grave	7	44,1	8	80,0
Não sabe	2	12,6	–	–

Autorização do pai/responsável				
p/ menores de 18 anos				
Risco de vida da gestante	9	56,4	5	50,0
Gestação resultante de estupro	10	62,7	7	70,0
Malformação fetal grave	8	50,0	7	70,0
Não sabe	2	12,6	1	10,0

Observou-se um desconhecimento tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos profissionais de direito acerca do procedimento legal para a prática dos abortos previstos em lei e do aborto seletivo. A maioria dos participantes de ambas as áreas errou ao afirmar ser necessário o alvará judicial para a realização os abortos legais (sentimental e terapêutico). Para estes não se faz necessário nenhum tipo de formalização judicial (Grecco, 2009). No entanto, acertaram ao responder que tal documento é indispensável à autorização do aborto seletivo. Acerca do laudo médico, a maioria dos participantes também respondeu acertadamente. Estes resultados são consonantes com as pesquisas de Faúndes et al (2004) e Loureiro e Vieira (2004) com médicos. Não foi encontrada nenhuma pesquisa nesse sentido com os profissionais de direito para corroborar ou não os resultados obtidos. Isso talvez se deva ao fato da presunção do seu conhecimento sobre a legislação do aborto.

Em relação ao boletim de ocorrência, grande parte dos profissionais pesquisados respondeu equivocadamente ser necessário para a prática do aborto sentimental, o que também foi constatado nas pesquisas referidas acima. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005) retirou a obrigatoriedade da apresentação do boletim de ocorrência policial em se tratando de maiores de 18 anos. O embasamento legal é que tal crime é de iniciativa privada, cabendo à vítima iniciar a investigação criminal e processar judicialmente o agressor, e o direito da mulher de presunção de veracidade de seu depoimento (Ventura, 2009). Nesse mesmo sentido, constatou-se um desconhecimento por

parte dos profissionais de saúde quanto à necessidade da autorização da gestante nos casos de aborto sentimental e aborto seletivo. O consentimento da mulher nesses casos é indispensável, visto que apenas ela pode afirmar se tenciona ou não levar a gestação a termo mesmo nessas situações (Grecco, 2010; Nucci, 2010).

Tais resultados corroboram a tese de que grande parte dos serviços de saúde não está habilitada para a assistência às mulheres vítimas de violência e, mais precisamente, os casos de estupro. Muitas mulheres que engravidam em decorrência de violência sexual ainda não têm acesso ao aborto legal, visto que o número de estupros não corresponde à solicitação pela interrupção nos serviços especializados. Embora a lei não exija boletim de ocorrência nem laudo de perícia para a realização do aborto legal, ele é usualmente solicitado nos serviços médicos. Isso acontece devido ao temor dos médicos de serem acusados na justiça pela prática do aborto. No entanto, esse temor é injustificado, pois caso o médico seja induzido ao erro ao indicar aborto legal, devido às circunstâncias, ficará isento de pena (Faúndes, Oliveira, Andalaft Neto & Costa Lopez, 1998).

4.2. Resultados qualitativos

4.2.1. Classes temáticas e categorias enunciadas

A partir dos procedimentos, referidos anteriormente, para análise qualitativa dos dados, verificou-se, através dos discursos obtidos nas 25 entrevistas realizadas, tanto no grupo dos profissionais de saúde quanto de direito, o surgimento de duas classes temáticas, a saber: 1) Aborto Provocado; e 2) Aborto Seletivo. A tabela 4 apresenta detalhadamente essas classes temáticas e suas respectivas categorias e subcategorias.

Tabela 4 – Classes temáticas, categorias e subcategorias dos discursos obtidos.

<i>Classe temática</i>	<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>
I – Aborto provocado	Atitude	1. Crenças contrárias 2. Crenças favoráveis
	Aspectos jurídicos	1. Sigilo 2. Denúncia 3. Investigação e punição
	Aspectos biopsicossociais	1. Causas 2. Riscos à saúde da mulher
	Propostas de enfrentamento	1. Educação e políticas públicas
II – Aborto seletivo	Atitude	1. Crenças contrárias 2. Crenças favoráveis
	Aspectos jurídicos	1. Autorização judicial 2. Sem autorização judicial

4.2.2 Aborto Provocado

4.2.2.1 – Atitude

Suscintamente, na categoria *Atitude* emergiram duas subcategorias, *Crenças contrárias* e *Crenças favoráveis* à prática do aborto provocado. Na primeira subcategoria, foram observadas narrativas em torno da sacralidade e heteronomia da vida, permeadas por crenças de cunho religioso, da independência do feto enquanto outra pessoa, da consideração do aborto enquanto homicídio e crime, bem como da culpabilização e responsabilização da mulher por seus atos. Na segunda subcategoria, foram constatados discursos pró-escolha ancorados na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais, na redução de riscos e danos e, por fim, na autonomia da mulher sobre seu próprio corpo.

Conforme Bar-Tal (2000) e Bem (1973), as crenças são um dos componentes pelo qual a atitude frente a determinado objeto pode ser avaliada. Comumente as crenças avaliativas são apontadas como o “componente cognitivo” das atitudes, visto que podem atuar como uma base parcial para as antipatias e os gostos. Crenças avaliativas e atitudes sobre

determinado objeto não são sinônimos, no entanto podem determinar parcialmente atitudes em relação a ele (os autores das crenças). Pesquisas têm demonstrado como as crenças dos profissionais podem guiar condutas e padrões de comportamento ao se depararem com temáticas do campo da saúde, a exemplo do aborto (Diniz, 2003; Porto, 2009; Rabay & Soares, 2008; Soares, 2003).

As crenças sobre o aborto vão desde uma concepção de heteronomia da vida, ou seja, sua sacralidade, a uma concepção de autonomia reprodutiva. Ao estabelecer uma escala dos extremos morais acerca do aborto, ter-se-ia tal silogismo: heteronomia da vida, baseada na santidade desta, logo, o aborto é crime. O outro extremo seria: autonomia reprodutiva, fincada na crença da tangibilidade desta, portanto, o aborto é moralmente neutro. No entanto, poucos são os grupos que se encaixam perfeitamente nessa lógica, talvez apenas os religiosos e os movimentos sociais feministas, respectivamente. Isto acontece porque no campo da moral as pessoas não se comportam, com raras exceções, conforme a lógica dos tratados de filosofia. Porém, tais categorias estão presentes, de uma forma ou de outra, nos discursos das pessoas frente à temática em questão (Diniz & Almeida, 1998).

As crenças opostas à descriminalização dessa prática, representada pelos discursos dos profissionais na subcategoria denominada *Crenças contrárias*, abarcam um leque argumentativo. Os profissionais afirmaram ser necessária, precipuamente, a proteção da vida, baseando-se na sua sacralidade, no poder divino, denotando uma influência significativa da religião, como se pode observar nesses discursos dos profissionais de direito:

“(...) nós temos a vida. Nós temos o bem mais precioso do ser humano, que não pode ser trocado por um desconforto da mulher. (...) Eu penso que o aborto provocado ele deva ser responsabilizado como crime, porque nós estamos lidando com vida, e independentemente de qualquer contexto religioso, eu entendo que há ninguém é dado o direito de tirar a vida, a não ser Deus (...) eu acho que, de uma certa forma, eu tô me ligando à minha religiosidade.”
(Promotor 1)

“Princípios como a (...) vida e a gente tem que preservar (...) o direito de tirar a vida ninguém tem. Só Deus (...) criança é presente de Deus. Todo bebê é bem vindo (...) eu acho que tudo é obra de Deus, pois Deus tem um propósito para tudo que acontece na vida de uma pessoa.” (Juíza 1)

“(...) eu sou totalmente contra essa possibilidade, uma vez que ele viola o bem mais sagrado do ser humano que é a vida (...) principalmente o Brasil que é um país muito religioso, com a influência da Igreja católica, é muito difícil a gente separar as convicções religiosas das convicções e das atitudes a nível do Estado” (Promotor 2)

Nessa mesma linha argumentativa, posicionaram-se os profissionais de saúde. Constatou-se, ainda, o incômodo enfrentado por tais profissionais mesmo nos casos em que recorrer a um aborto, os chamados “aborto legal”, é direito da mulher tutelado e garantido pelo Estado. Observou-se a influência constante da crença religiosa em seus discursos.

“Tem a questão religiosa, né? Que eu sou católica. Até pra esses abortos de pacientes de estupro, eu me sinto mal à beça” (Médica 4)

“Porque é uma vida, e só quem tem o direito de tirar é Deus.” (Psicóloga 1)

“(...) eu nunca fiz um aborto por uma questão de concordar com a paciente, nunca fiz, graças a Deus. Isso também tem a questão religiosa também no meio (...) o dom da vida é de Jesus (...) acho que a vida é sublime, uma coisa de Deus, uma coisa bacana (...) minha religião que não permite realmente, eu vou de encontro aos meus princípios religiosos” (Médico 1)

“Pela minha religião, no momento que já houve a fecundação ali já começou a vida entendeu, ali já começou, ninguém jamais tem a permissão de desfazê-la. Aí quando eu digo o direito da mulher acabou ali, naquele momento.” (Enfermeira 1)

Sabe-se que a Igreja Católica condena veementemente todas as formas de aborto, ressaltando que a maioria dos participantes (n=19) desta pesquisa referiu ser adepta de tal religião. A Igreja prega que se o aborto for legalizado, por qualquer motivo, estar-se-ia incorrendo em erro, pois isso iria de encontro à dignidade e liberdade humanas. Argumenta-se também que apenas Deus tem o poder de vida e morte sobre as criaturas, as quais desde a concepção são consideradas vida e pessoa humana (Papaleo, 2000; Galeotti, 2007).

A discussão sobre o aborto não é unívoca entre a classe médica. Colas et al. (2007), numa análise de estudos sobre a opinião dos médicos acerca do aborto, apontaram que conflitos de ordem religiosa, social, familiar e sexual dificultam, muitas vezes, o posicionamento da equipe de saúde frente à prestação de uma assistência humanizada a mulheres em situação de aborto. Balbinot (2002), em referência a uma reportagem do jornal “Folha de São Paulo”, de 04 de novembro de 2001, sobre a distribuição pela rede pública da pílula do dia seguinte às mulheres interessadas, pontuou como uma das preocupações denotadas na manchete o fato de que muitos profissionais não se sentem à vontade para ministrar a pílula do dia seguinte, devido a sua orientação religiosa. Isto ratifica a tese da influência das crenças religiosas, bem como outras, na atuação dos profissionais de saúde frente a determinadas temáticas, principalmente as que se encontram vinculadas à sexualidade. Alguns discursos de profissionais de enfermagem de uma maternidade pública de Salvador, em entrevista realizada por Gesteira et al. (2008), atribuíram uma dimensão de pecado ao aborto provocado, alegando que ninguém tem o direito de tirar a vida do outro, visto que isso contraria os dogmas religiosos.

Em pesquisa realizada por Porto (2008) em Portugal, na ocasião da ampliação, através de voto popular, da lei sobre o aborto em 2007, o qual pode ser realizado a pedido da mulher, em qualquer situação, até a décima semana de gestação, foi verificado uma resistência dos profissionais de saúde em relação ao cumprimento da nova lei, os quais adotaram o Estatuto de Objeto de Consciência. Este protege os profissionais que, por motivo de foro íntimo, moral ou religioso, não concordem com a realização do aborto. Com base nos interlocutores e nas suas observações, a autora concluiu que “a objeção de consciência acionada por alguns profissionais que não admitem a realização do aborto nos casos previstos em lei muitas vezes vem disfarçada sobre a égide da religiosidade, da moral ou da ética em detrimento da saúde reprodutiva das mulheres” (p. 663). Tais profissionais, ao negarem, na prática, o direito

conquistado com as novas leis do aborto em Portugal, demonstraram não respeitar o direito reprodutivo das mulheres.

No Brasil, o código de ética médico permite ao profissional a “se recusar a [realizar] atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. No entanto, o direito à objeção de consciência não pode ser obstáculo para o exercício dos direitos das mulheres e adolescentes. Dessa forma, não há direito de objeção de consciência quando nas situações de aborto juridicamente permitido não houver outro profissional que o faça, nem quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à sua saúde por omissão profissional (Ventura, 2009, p. 151). O estudo de Soares (2003) realizado com profissionais de saúde (assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos), que trabalham em instituições de atenção ao aborto legal, da Paraíba e Distrito Federal, apontou que mais da metade dos participantes filiados a alguma religião ou que tinham algum tipo de “concepção espiritual” relacionavam o ato de abortar com culpa, sofrimento e pecado. Nesse sentido, esta autora destacou que “uma das dificuldades para a implantação dos serviços de atendimento ao aborto previsto em lei tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar (p. 400)”.

Ainda conforme estudo de Porto (2008), alguns profissionais entrevistados relataram ter conhecimento de colegas criticando as mulheres que optaram pelo aborto nos mais diversos casos, bem como aqueles que afirmaram que com a nova lei *tudo ficou mais grave aos olhos de Deus*. Também se verificou em uma das profissionais, especificamente, um sentimento de culpa em relação a questões que permeiam as práticas abortivas. Esse mesmo sentimento de culpa e desconforto em relação à realização do aborto foi relatado por uma participante do presente trabalho.

“Quando vem provocado, é aquela história assim: “não fui eu”. Eu não sei a quem a gente quer prestar conta. Mas é aquela história, assim, não fui eu, eu vou

ajudar, mas não fui eu (...). Nesse caso a gente entende, o problema é matar o feto, acabar com aquela vidinha, é o maior problema. A gente foi criado pra se sentir bonzinho, pra salvar vida, principalmente quem trabalha em área de saúde, quer ajudar pra salvar vida (...). Muitas vezes a gente faz e depois a equipe todinha chora, pois a gente é ser humano (...) É tanto que já tô doida pra sair, não tô aguentando não. E é todo mundo, demora pouco, não aguenta não. Eu não sei nem explicar por quê. Não sei se é de cunho religioso, ou mesmo a formação da gente ou porque sou mãe também. Eu não teria coragem de tirar. Eu não teria coragem de tirar. Em nenhuma circunstância eu não teria” (Enfermeira 2)

No âmbito das crenças dos profissionais de direito, uma pesquisa feita com juízes e promotores sobre a legislação do aborto, revelou que a maioria deles se coloca enquanto favoráveis à ampliação das circunstâncias em que o aborto não é punido, sobretudo em relação ao aborto seletivo. Através de uma análise bivariada, verificou-se que as maiores proporções de opiniões favoráveis à permissão do aborto em todas as circunstâncias apresentadas pelo estudo estiveram associadas aos que responderam não serem religiosos ou de religiosidade intermediária e àqueles cuja religião ou concepções religiosas pessoais não foram importantes. Dessa forma, verifica-se que as crenças religiosas não podem ser deixadas de lado no debate sobre a necessidade de ampliação de permissivos legais ao aborto (Duarte et al., 2010).

Remetendo-se aos debates sobre o aborto travado nas Audiências públicas no Congresso Nacional, na ocasião da Proposta de Emenda Constitucional - PEC25/95, Aldana (2008) pesquisou alguns dos argumentos apresentados pelos seus participantes. O grupo cujos discursos eram contrários à interrupção da gravidez apresentou crenças baseadas na lei natural, na verdade da fé católica, enfatizando que a vida é dom de Deus, e na defesa dos direitos do feto. Constata-se uma simbiose entre os fundamentos que se repetem nas posições contrárias à interrupção da gravidez e os documentos da Igreja Católica. Em seu trabalho sobre os conteúdos argumentativos presentes nos documentos da Igreja Católica, a exemplo das Escrituras Sagradas (Bíblia) e nos textos do Magistério Supremo da Igreja, Rosado e

Soares (1999) verificaram que a posição oficial de Igreja Católica sobre a moralidade do aborto é taxativa, no sentido de sua condenação incondicional, cujo elemento central é a defesa da vida. A sacralidade desta e a condição de pessoa do embrião, argumentos de índole religiosa moral e biológica, sustentam tal doutrina.

Ainda associada à subcategoria *Crenças contrárias*, emergiram discursos cujo ponto central é o argumento de que o feto existe independente da mãe, como outra entidade, outro ser. Excetuando-se os profissionais de psicologia, tal crença emergiu nas respostas dos demais participantes da área de saúde.

“É outro ser que tá crescendo numa mulher (...) é uma vida, independente de qualquer coisa.” (Enfermeira 5)

“porque o conceito (...) ele não pertence à mulher, ele existe (...) no meu entendimento o conceito é outro (...) eu tenho que respeitar o que cada um queira fazer com o seu corpo e aí eu não entendo que o conceito, o fato de estar dentro do corpo da mulher, não pertence à ela.” (Médico 2)

“eu não concordo, porque eu acho que ali tem uma vida que os pais pensaram em si, há possibilidade de viabilizar a criação dessa criança. (...) o corpo é dela, mas a vida é do ser que está ali dentro.” (Enfermeira 3)

Esse mesmo posicionamento foi verificado nos profissionais de direito, os quais, além de acreditarem que o feto seja uma entidade com autonomia própria, entendido como pessoa ou pessoa em potencial, respaldaram suas respostas na legislação.

“(...) eu acho que o feto em si, quando está lá, ele não é o próprio corpo dela, é uma outra vida. (...) A autonomia sobre o seu próprio corpo ela não é completamente livre quando você vem a atingir outras pessoas. (...) Na situação do aborto, você está punindo outro bem, o código considera aquela vida como outro bem jurídico, então é uma vida à parte. (...) Eu acho que não passa pela questão só da autonomia do corpo da mulher, da integridade física, psíquica só da mulher, porque envolve um outro elemento.” (Promotor 3)

“Eu entendo sinceramente que é uma coisa errada (...) é, extirpar, matar um feto com viabilidade de tornar-se uma pessoa. Eu particularmente acho que se existe vida intra-uterina existe vida, e a vida é que é tutelada tanto moralmente quanto juridicamente.” (Juiz 4)

“(...) eu acho que de forma nenhuma isso deveria ser permitido, até porque você não só pode ver os direitos da mãe, você tem que ver os direitos de uma pessoa que apesar de ainda não ter nascido tem os direitos de vida assegurados. A mãe não pode simplesmente dispor da vida porque o filho é dela, a única diferença da mãe dispor da vida de um filho já nascido e de um filho que ainda não nasceu é que enquanto o primeiro já tem seus direitos estabelecidos pela lei, o outro tem apenas uma expectativa de lei de se nascer com vida, mas aí já é uma vida, a única diferença é ela ainda estar no útero.” (Juiz 3)

“(...) eu acho que nós devemos dispor do nosso corpo, mas quando se trata de você dispor de uma vida, que já é um terceiro que está ali (...) aí eu sou contra.” (Juíza 1)

As crenças sobre o momento biológico dentro do processo de desenvolvimento embrionário em que se pode considerar a existência de uma pessoa também se constituem enquanto bases para os posicionamentos dos dois extremos morais já apresentados. Nesse processo há grandes divergências acerca de qual seria o ponto crítico: a fecundação, o momento da nidação, o início da atividade cerebral, o final da diferenciação do organismo e aparelhos vitais ou, finalmente, a existência autônoma do feto no ambiente extrauterino? (Miguel et al., 2010).

Verificou-se que as crenças dos profissionais na subcategoria citada anteriormente remetem à ideia de que o feto é outro, outra entidade, quiçá, pessoa, conforme alguns afirmaram. Um dos desdobramentos da crença na sacralidade da vida é justamente considerar o feto como vida e pessoa desde a concepção. Essa visão embasa-se numa lei natural, fundamentada na ordem divina segundo a qual a moral possui princípios absolutos e indiscutíveis (Mori, 1999). Nesse sentido, os aspectos bioéticos concernentes ao início da vida e a sua conceituação também se fizeram presentes nos discursos dos participantes da pesquisa contrários à legalização do aborto. Alguns, de ambas as áreas, adotaram um posicionamento concepcionista, como se pode observar. De acordo com Tartuce (2011, p.69), “a teoria concepcionista é aquela que sustenta que o nascituro é pessoa humana, tendo direitos resguardados pela lei”.

“A vida começa quando o óvulo é fecundado, (...) a partir do momento que nós temos ali o óvulo fecundado, nós já temos vida (...). Eu entendo que o feto deve ser considerado pessoa, deve ser não apenas um objeto de direito, mas sim um sujeito de direitos, pra ser resguardados, e a nossa justiça vem caminhando na questão posição de heranças. Então o feto ele deve ser sim reconhecido como sujeitos de direito, como pessoa.” (Promotor 1)

“Já é considerado pessoa, o nascituro é uma pessoa. A constituição já reconhece, é tanto que já tem direitos, inclusive cabe até mandatos de segurança para amparar um direito individual de quem não nasceu, então a gente tem essa discussão na área legislativa ainda bem rudimentar.” (Promotor 4)

“Acho que é uma pessoa, porque já tem seu coração, seu cérebro, já tem tudo, já vive por si próprio, não precisa mais da mãe do pai. Ele já tem vida lá. Já tem todas as atividades funcionais, a maioria ele faz sozinho dentro da barriga, rins, coração, tudo.” (Enfermeiro 6)

“À medida que acontece a fecundação já é uma vida, já tem célula, já tem multiplicação célula (...) Tem até estudo que comprova e eu já vi um vídeo em que eles, na hora em que a mãe tá provocando o aborto, ele sente, ele tem sensações, tem expressões faciais, dependendo da idade gestacional, que ele mostra essa dor que ele tá sentindo. A partir de doze, de dezesseis semanas”. (Médica 3)

“A vida a partir do momento ali que ele foi concebido (...). O feto considerado pessoa, porque não tem ali um coraçãozinho batendo, acho que sim (Psicóloga 1)

Em uma pesquisa realizada em Portugal com médicos e enfermeiros especialistas e não especialistas, verificou-se que todos concordaram que o respeito à vida humana deve ser a base de suas convicções. Ao mesmo tempo, concordaram que a vida se inicia logo após a concepção, sendo esta crença mais presente nas respostas dos enfermeiros especialistas (Portugal, 2009). Nessa direção, posiciona-se a Igreja católica, cujos teólogos têm a crença de que o embrião é pessoa desde a concepção (Mori, 1997). No entanto, quando se está referindo à categoria pessoa, alguns autores afirmam que esta não coincide com o início da vida biológica, mas sim da vida enquanto um agente moral. Dessa forma, quem tem o direito de definir o uso dos fetos são aqueles que o produziram, especialmente a mãe, visto ser esta quem dispensa as energias para o seu desenvolvimento, estando o feto subordinado ao seu corpo (Engelhardt Jr., 2004). Entretanto, essa não é o posicionamento dos profissionais cujas crenças são contrárias à descriminalização do aborto.

Outros profissionais responderam que a vida se inicia com a nidação, isto é, com a implantação do óvulo já fecundado na cavidade uterina, o que ocorre aproximadamente 14 dias depois a fecundação. A escola desenvolvimentista defende esta posição, pois apenas com a fixação do ovo no útero materno é que haveria potencial de vida (Mori, 1999; Salem, 1997). Também é esta a posição defendida pelo código penal, para o qual só haverá possibilidade de proteção pela lei penal do produto da concepção quando houver a nidação. Antes disso, afasta-se a possibilidade de crime de aborto. (Greco, 2009; Grecco, 2010; Nucci, 2010).

“(...) eu tenho pra mim hoje, um conceito mais formado, que a vida se iniciaria a partir dessa nidação, quando o óvulo fecundado ele é implantado no útero (...). Eu tenho pra mim que é a partir dali, havendo a nidação ali se inicia a vida, é um ser que muito embora esteja, naquele momento ligado à mãe, já é um ser que é independente, então a partir dali ele tem que ser protegido pelo direito penal (...) eu entendo que seja com nidação que se inicia esse processo, aí sim existe a questão da vida, não existindo, de fato, aí você não tem que se falar em vida. (...) Aqui entenda também que, além de existir essa nidação, essa fecundação do óvulo pelo espermatozóide, tem que ser também do útero, que aí se evitaria essa questão das células-tronco, que você pode pegar embriões que não foram fecundados, você pode utilizar também em pesquisas, como foi decidido” (Promotor 3)

“(...) eu acho que pra que a mulher seja considerada grávida, eu acho que deve ter tido a nidação, do feto na parede intra-uterina, que é a partir de quando há viabilidade (...) mesmo porque, antes disso, eu acho que nem atesta o exame de gravidez, se ta grávida ou não, ele espera um pouco pra dizer que ta grávida, né, acho que essa parte ainda, eu acho que depois da fecundação, aí fica um tempo, alguns pra poder haver a nidação, nesse período pretérito, eu não sei quantos dias são, mas a gente acho que fica até na incerteza se ta grávida ou não. Enfim, eu acho que seria a partir da nidação, que há viabilidade de vida (...) porque a maior parte científica que eu li foi dessa opinião, dessa vertente (...) partindo da posição majoritária, hoje, ainda dos médicos, é nesse sentido, a partir da nidação. Tem alguns que consideram entre a 10º e a 12º semana, outra da 12º.” (Promotora 6)

“A vida inicia na fecundação, na implantação do ser vivo, da fecundação do feto com o óvulo, quando ele implanta no útero. É essa implantação.” (Enfermeira 3)

Por fim, alguns profissionais, cujos discursos estão explicitados abaixo, responderam que o nascituro só seria considerado vida numa idade gestacional avançada, na qual se poderia existir sem o vínculo biológico com a mãe, ou após o nascimento. Para uma das correntes

apontadas por Salem (1997), a vida tem início entre a 24ª e 26ª semanas da gestação, ocasião em que o feto tem a capacidade de sobreviver sem a mãe, e há a formação do sistema nervoso, o que demarca a possibilidade neurológica de sentir dor ou prazer. O sentir dor, o começo dos movimentos fetais e a possibilidade de viver fora do útero são critérios utilizados para demarcar os limites gestacionais nos quais o aborto poderia ser praticado. Porém, destaca-se que tais conquistas orgânicas são atribuídas pelos valores sociais (Diniz & Almeida, 1998). Algumas legislações sobre o aborto adotam este critério para definir a sua legalidade ou não, ao distinguir “pessoa humana potencial” de “pessoa humana tout court”.

“Medicamente se diz que é da fixação do órgão fecundado nas paredes do útero. Eu acredito que, seria talvez mais além, é uma vida pré-humana, só seria uma vida mesmo quando a criança nasce, mas uma vida pré-humana seria a partir desse momento (...) o feto vai depender da mãe até o último dia de gravidez, então essa reunião de condições só existe mesmo quando a criança nasce com vida. Antes disso o que haveria seria uma pré-condição humana que se resguarda e o consenso da sociedade, um consenso coletivo, também resguarda.” (Juiz 2)

“(...) A maioria entende que se respira nasceu com vida, eu também entendo. É porque a partir do momento que você deixa o útero, você respirou isso implica vida.” (Juiz 3).

“A vida inicia-se quando você vem ao mundo. Na parte que a mulher gera o filho, o nascimento (...) ele [o feto] não é desenvolvido ainda, ele não tem um desenvolvimento ainda pra ser considerado uma vida. Uma vida, eu creio que é uma vida a partir do oitavo mês, sétimo mês, quando já está desenvolvido coração, que você já tem sentimento (...) a partir desse momento, você já está com vida (...) chutar tá” (Enfermeiro 7)

Tais crenças remetem para a teoria natalista. Segundo esta, “o nascituro não poderia ser considerado pessoa, pois o Código Civil exigia e ainda exige, para a personalidade civil, o nascimento com vida” (p. 68). Nesse sentido, o feto teria mera expectativa de direitos. Esta é a perspectiva adotada entre os autores modernos ou clássicos do Direito Civil brasileiro (Tartuce, 2011).

Em sua tese, Porto (2009) verificou que as posições dos profissionais de saúde brasileiros contra ou a favor dessa prática giravam em torno da crença de que a vida/alma se

inicia na concepção ou que a pessoa só passa a existir após o nascimento, respectivamente. Os participantes deste estudo que tiveram uma atitude contrária à legalização do aborto acreditaram, em sua maioria, que a vida se inicia com a concepção ou nidação. No entanto, embora o juiz 3 tenha afirmado que só é vida após o nascimento, a prática do aborto para este é inconcebível, e o nascituro deve ser protegido.

Além desses critérios, há quem defenda que a vida humana se inicia quando passa a existir indicadores morais, fundamentados na presença da razão, na faculdade de fazer escolhas e na moral, observando-se dois indicadores requeridos para a definição de pessoa: individualidade e racionalidade (Mori, 1997). Outros autores no campo da bioética argumentam que a definição de pessoa humana é, sobretudo, antropológica e jurídica, cujo *status* é uma conquista da interação social e não mera concessão (Diniz & Almeida, 1998). Nenhum participante demonstrou a crença de que o conceito de pessoa é atribuído socialmente, mas a partir de indicadores biológicos, como concepção, nidação, nascimento.

Ainda referente às narrativas correspondentes à subcategoria *Crenças contrárias*, alguns participantes, tanto da área da saúde quanto do direito, consideraram o aborto um crime, um assassinato, sendo, portanto, contrários à legalização da sua prática, como se pode verificar.

“Pra mim é um crime, um homicídio que dá-se o nome de aborto pela especialidade, pra mim não muda, pra mim ainda é um agravante que diz que quem está fazendo isso é a própria mãe, então pra mim é mais grave ainda.” (Promotora 5)

“Eu gostaria de compreender, mas os meus princípios morais, religiosos, pessoais, minhas convicções, minha racionalidade não me permitem compreender, a não ser, como eu disse, como um crime” (Juiz 4)

“Para mim é considerado crime, eu não sou a favor do aborto provocado” (Psicóloga 1)

“(...) Eu considero como se fosse um assassinato.” (Enfermeira 4)

“Como é que a pessoa tem coragem de fazer uma coisa daquelas, sabendo que é ilegal, quem é que vai legalizar? Já basta de homicídios que acontece. Vamos legalizar mais homicídio é? (...) eu sou contra demais, demais.” (Enfermeira 1)

Observou-se que tais crenças se ancoram numa perspectiva criminalista, na qual o aborto foi considerado delito de maior gravidade, sendo comparado ao homicídio. Verifica-se que em momento algum é utilizada a palavra matar ou assassinar alguém para descrever o crime de aborto no Código Penal. No entanto, é assim que os referidos participantes o descrevem. Dessa forma, pode-se inferir que, ao atribuir a qualificação de homicídio ou assassinato ao crime de aborto, tais profissionais, excetuando-se os da área de saúde, talvez por não se preocuparem tanto com questão punitiva, consideraram que sua repreensão deveria ser mais severa, conforme será apresentado na categoria seguinte, *Aspectos jurídicos*.

Em uma pesquisa acerca do posicionamento de estudantes de enfermagem e medicina, da cidade de Marília, São Paulo, frente ao aborto provocado, foi constatado que a maioria (62%) considerou o aborto um homicídio, sendo que 38% a partir da fecundação e 24% a partir da formação do Sistema Nervoso Central. Apenas 10% não consideravam o aborto um homicídio, 24% não tinham opinião e 4% tinham outras apreciações. Ademais, os que compararam o aborto com o homicídio a partir da concepção, também avaliaram a pílula do dia seguinte como um abortivo, seguindo, dessa forma, as perspectivas do cristianismo, podendo-se inclusive relacionar com o fato de 56% dos entrevistados serem católicos e 11% protestantes (Silva & Bianco, 2009). A abordagem dos profissionais, especialmente da saúde, é guiada por questões morais/religiosas, implicando numa assistência norteadas pela concepção de que o aborto é um crime, sem considerar os direitos reprodutivos e questões sociais implicadas na clandestinidade (Soares, 2003). Os opositores acreditam que uma legislação permissiva é moralmente inadmissível porque fere o direito à vida do feto, reconhecendo o aborto como um homicídio sem justificações. (Mori, 1997).

Estudo realizado com profissionais de enfermagem com relação à assistência prestada às mulheres em processo de abortamento provocado em uma maternidade pública de Salvador apontou que, mesmo nos casos previstos em lei ou nos casos em que já a sentença do processo judicial foi favorável a interrupção da gestação, essa prática continuou sendo vista como crime pelas profissionais. (Gesteira et al. 2008). Vale ressaltar que este é também o posicionamento de algumas religiões cristãs e, sobretudo, da Igreja Católica (Galeotti, 2007; Mori, 1997; Papaleo, 2000).

Alguns profissionais, cujos discursos estão descritos abaixo, questionaram-se sobre qual seria a diferença entre a vida intra e extrauterina, alegando não haver distinção entre as mesmas. Desse modo, equipararam um feto a uma pessoa já nascida. Esse posicionamento é semelhante à concepção católica e da maioria das religiões cristãs. A crença subjacente a esses discursos é a de que o embrião é pessoa desde a concepção, visto que não fazem diferenciação entre o nascituro e a criança, e, portanto, o aborto deveria ser considerado homicídio.

“(...) se eu puder fazer a interrupção da gravidez intra-útero de um concepto meu, por que é que eu não posso fazer extra-útero? Eu tenho dúvidas. Porque a mesma sociedade que permitir a interrupção da gravidez intra, ela teria, por uma questão de lógica, interromper fora (...). Porque é que eu tenho que dizer um concepto intra-útero até quinhentos gramas eu posso interromper, um concepto acima que quinhentos gramas eu não posso, por que não? (...) O meu entendimento é se o Estado entende que uma pessoa tem o direito de interromper intraútero, o Estado também deveria dá o mesmo direito de interromper fora. Para que você seguisse a mesma linha de raciocínio que é ser dono do outro. Ser dono, né. Porque é isso.” (Médico 2)

“Se fosse quando a criança nasce, ninguém defende se a pessoa pode matar a criança quando ela já está nascida, mas quando está no ventre, o pessoal defende que pode. Mas, ora, qual a diferença entre um e outro, se a própria medicina diz que estando lá já existe vida? Qual a diferença entre está no ventre ou ter nascido? Se a mulher está arrependida de ter engravidado, e permiti-la matar o feto, é a mesma coisa dela ter se arrependido quando a criança tem um ano ou tem um mês, você permitir matar.” (Promotor 3)

Por último, os profissionais de direito afirmaram que a mulher não pode se eximir de sua responsabilidade frente a uma gestação não planejada, tendo, portanto, que assumir as consequências do ato sexual. Responderam, ainda, que essas mães deveriam pagar pelo seu ato inconsequente levando a gestação a termo. Nesse sentido, a gestação se configuraria como uma pena.

“(...) foi fruto de um ato inconsequente, consequente ou inconsequente, então ela tem que arcar com as suas responsabilidades (...) ela tem que arcar com as consequências.” (Promotor 1)

“É mortalidade porque as mães procuram isso (...). Ela está errada. Ela engravidou porque ela quis. Quando ela estava fazendo o ato sexual ela não se lembrou de usar camisinha, de tomar pílula do dia seguinte, de usar um método anticoncepcional, uma pílula, qualquer coisa. Então gere, já começou a besteira, vá até o fim, e entregue aquela criança para adoção (...) Teve a safadeza atingida. (...) Ninguém obrigou ela a fazer. Quando é um estupro pronto não é? Mas se ninguém a obrigou, fez porque quis. (...). Se eu sair com um homem (...) em período fértil, sem prevenção nenhuma eu engravidar a responsabilidade não é minha? Eu vou dizer que é de quem? Do anjo da guarda? A responsabilidade é minha! Então é uma questão objetiva. Você tem que arcar com as suas responsabilidades, que você faz, você colhe os frutos do que você plantou. (...) .” (Promotora 5)

“(...) eu acho que é uma irresponsabilidade que como pena, a mulher, se não queria ter e teve (...) por conta disso eu entendo que a penalidade é exatamente carregar seu filho durante nove meses, e depois dê, porque eu tenho certeza que há quem queira um feto saudável.” (Juiz 4)

Os profissionais de saúde, por sua vez, também destacaram que essas mulheres devem arcar com as consequências dos seus atos, levando, nesse sentido, a gravidez adiante, inclusive como uma forma de punição, de dirimir sua irresponsabilidade. Além disso, enfatizaram que a gravidez não planejada e/ou indesejada acontece, exclusivamente, devido ao comportamento de risco em que se colocam as mulheres, as quais, segundo os participantes, não podem alegar desconhecimento dos métodos contraceptivos. Nesse sentido, tais profissionais ignoraram os outros determinantes para um comportamento preventivo (Buss & Pellegrini Filho, 2007), culpabilizando unicamente a mulher pela gravidez que não

desejou. Segundo eles, o risco de tal situação, inclusive caso se exponham a um aborto inseguro, foi assumido no momento em que estas não atentaram para as práticas preventivas, as quais são amplamente divulgadas e conhecidas por todos, conforme suas respostas a seguir:

“O aborto provocado eu não concordo, porque existem inúmeros métodos de prevenção e é inadmissível você fazer um abortamento provocado (...). Deveria ter pensado antes, porque hoje em dia existem vários tipos de métodos contraceptivos: oral, vaginal, injetável (...) anel vaginal. Ainda tem camisinha pra usar na hora e depois ainda tem a pílula do dia seguinte. Então ela poderia ter usado todos esses métodos e o abortamento não é um método de controle de natalidade” (Médica 3)

“Não teria o direito porque ela fez um ato impensável que elas têm que arcar com as consequências. Então a consequência dela é ela gerar essa criança até a vida, mesmo que ela não queira. Se ela não quisesse ela teria usado os métodos contraceptivos, teria evitado.” (Enfermeiro 6)

“Toda mulher sabe de contraceptivos, informações, ela sabe o risco que estava correndo de engravidar e mesmo assim engravidou, mas ela não quer o bebê, então, orientar ela ter o bebê. Sou contra nesse caso (...) hoje ninguém é mais leigo (...) teria que arcar com as consequências do ato (...) tudo que você faz de ruim, você tem uma punição, então diante disso, diante desse procedimento que ela fez, ela vai sofrer as consequências que ela mesmo provocou (...) não tem justificativa pro aborto, mesmo ela não querendo, mesmo que não aceite, sou contra, com certeza (...). Ela vai estar correndo risco de vida. Pior pra ela” (Enfermeira 5)

“Por isso eu sou contra o aborto, porque maneiras têm de evitar, hoje tem filho quem quer, aborta quem quer (...) por isso que é crime, tem que ser um crime, não pode ser legalizado de jeito nenhum (...) ninguém engravida porque não quer não, só engravida porque quer, um casal só engravida porque quer e principalmente, eu friso mais, a mulher só engravida quando ela quer, se ela não quiser ela não engravida, aí por isso eu não dou o direito dela tirar o que ela permitiu que acontecesse. É a questão do direito que se acaba quando começa o do outro (...) se você não quer dar a vida a uma outra pessoa então não permita que ela entre em sua vida (...) Legalizar o aborto está longe pra mim de acontecer.” (Enfermeira 1)

Enquanto a abordagem contemporânea em relação às questões vinculadas ao processo saúde/doença procura entendê-lo a partir de uma concepção multideterminada, através dos determinantes sociais da saúde (Buss & Pellegrini Filho, 2007), os profissionais entrevistados enxergaram a problemática do aborto exclusivamente como decorrente de comportamentos de

risco e escolhas individuais. No entanto, as estratégias de redução de riscos e danos causados por um aborto inseguro procura interligar não apenas o plano individual, mas também o contexto, social e o programa nacional, os quais correspondem à vulnerabilidade individual, sócia e programática, respectivamente. (Vidiella, 2009). Contrariamente, alguns profissionais ainda insistem na prática de valorização negativa e culpabilizante da mulher no exercício da sua sexualidade e dos direitos reprodutivos (Rosas, 2005).

Estudo com estudantes universitários da cidade de São Paulo evidenciou, tanto nas narrativas dos homens quanto nas das mulheres, que um dos argumentos contrários ao direito da mulher decidir estava vinculado à ideia de que esta é a principal responsável pela contracepção e que a gravidez ocorre por seu descuido ou erro. Nessa situação, não há liberdade de escolha e a mulher deve assumir incondicionalmente o papel de mãe. Observou-se em tais discursos uma forte relação com os papéis atribuídos aos gêneros na vivência de suas sexualidades (Pirotta & Schor, 2004).

Ainda no tocante a essa crença, os participantes deste trabalho, de ambas as classes profissionais, alegaram que a legalização do aborto implicaria numa vivência irresponsável da sexualidade, e, como consequência, os índices dessa prática aumentariam, como se pode notar nas seguintes narrativas:

“Aumentaria. Pela facilidade em que a pessoa ia ter em achar que não ia correr risco em achar que tá sendo tratada por uma equipe que está sendo monitorada.” (Enfermeiro 6)

“(...) porque aí estaria aberto, aí as mulheres iriam praticar mais o aborto. Aumentaria. Ficaria mais fácil. (Psicóloga 1)

“Eu acredito que aumentaria (...) a partir do momento que nós descriminarmos o aborto, fazendo com que seja uma prática cotidiana, essa preocupação dos adultos e das pessoas envolvidas deixam de existir.” (Promotor 2)

“Aumentaria extratosfericamente, porque se hoje nós temos uma prática em alto grau de números clandestinos, imagine legalizando, a coisa cairá na banalidade, cairá completamente na banalidade. Então, sairá do contexto social, não se trará para aquela mãe a importância real da vida que ela traz em seu ventre, então vai se banalizar como se ela tivesse com uma verruga (...). A coisa não é assim. A

gente tá falando de vida, de um ser humano que tá sendo gerado no ventre. Então eu penso que, nesse momento, a legalização de qualquer forma de aborto, ela banalizará completamente essa prática, penso eu, completamente errônea.”
(Promotor 1)

O fim dos impeditivos legais poderiam subsidiar programas multidisciplinares para uma atenção mais especializada à saúde da mulher que pretende não levar uma gestação indesejada adiante, diminuindo, dessa forma, os danos e riscos causados pelo aborto inseguro. No entanto, a preocupação de alguns profissionais é que essa “opção”, “facilitação”, esse “cuidado especializado” aumente a sua prática.

A crença de que com a legalização o número de casos de abortos aumentaria não foi confirmada, segundo a experiência de alguns países cujas legislações acerca do aborto tornaram-se mais permissivas. A experiência na Europa tem demonstrado que onde as leis sobre o aborto e seus prazos têm sido mais permissivas não se tem observado um aumento no número total do mesmo. Diminuir o número de abortos depende do acesso aos contraceptivos e de políticas educativas e sanitárias, não de restrições, segundo Miguel et al. (2010).

De fato, observa-se uma tendência de aumento no número de abortos nos países logo após a sua legalização. Isso é se deve a dois motivos: à mudança de registro, passando de uma atividade ilegal (com registros muito inexatos) a uma prática legal, e à facilidade de acesso ao aborto legal. No entanto, esse aumento sempre é seguido de um descenso constante e mantido os índices (Benagiano & Pera, 2000).

Ainda na categoria *Atitude*, emergiu a subcategoria denominada de *Crenças favoráveis*. Esta abrangeu os discursos dos profissionais pró-legalização do aborto, os quais apontaram o início da vida humana em momentos diversificados: concepção, nidação ou até mesmo com idade gestacional avançada, de acordo com os discursos abaixo.

“(...) a vida pra mim é desde o início que há a fecundação realmente, né. Quando eu fiz a ultrassom, com um mês, um mês e meio, eu tive uma ameaça de aborto, eu

acordei de manhã, com um sinalzinho, tal, e aí o médico foi olhar, e é a coisa mais linda, desse tamanho, e já pulsa, né, então é uma emoção imensa, ali já tá pulsando a vida, bem pequenininho. Então, pra mim é desde a concepção.” (Psicóloga 3)

“Eu acho que é quando nida, até quando você escuta. A minha filha recentemente tava grávida e a gente acompanhando o ovo que não via o embrião. Então, eu não considerava aquela gravidez. Depois que eu vi o embriãozinho que é depois de 6 semanas, aí eu digo, pronto, agora a gente considera.” (Médica 4)

“ele não é desenvolvido ainda, ele não tem um desenvolvimento ainda pra ser considerado uma vida. Uma vida, eu creio que é uma vida a partir do oitavo mês, sétimo mês, quando já está desenvolvido coração, que você já tem sentimento (...). A partir desse momento, você já está com vida, você já é considerado uma vida. A partir do momento que a vida apresenta a ter vida, chutar, tá entendendo?” (Enfermeiro 7)

Observou-se não haver relação entre crença pró-aborto e crença de que a pessoa passa a existir apenas após o seu nascimento, contrário ao que se verificou nos estudo de Porto (2009). Nesse sentido, Mori (1997) afirmou que os defensores de uma legislação permissiva ao aborto evitam apreciar a condição do feto, sendo seu posicionamento centrado em outras questões. No presente estudo, tais questões fizeram referência à necessidade de reduzir os riscos e danos advindos de um aborto inseguro, aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e, por fim, a autonomia destas sobre seu próprio corpo.

O primeiro argumento, observado apenas nas respostas dos profissionais de saúde, foi de que a legalização seria necessária para reduzir os danos e riscos decorrentes da prática do aborto inseguro.

“Dentro do meu coração, eu acho. Eu acho porque acabaria com um bocado de complicação (...). Tanto país em que é permitido o aborto, né? Que pelo menos diminuir esse número de mortalidade.” (Médica 4)

“Teria que ser estudado esse caso do aborto com mais facilidade, ser tirado dessa esfera da criminalidade, passar pra outra esfera judicial, e rever a mulher como ser humano. Porque a gente não vê, é como uma caixinha de fazer filho (...) ninguém vê realmente, psicologicamente aquela pessoa. É um drama que só você passando mesmo perto daquela pessoa pra você ver.” (Enfermeira 2)

“Eu sei que o aborto é considerado a quarta causa da mortalidade das mulheres, então, a gente tem que olhar isso, tem que olhar isso, realmente, de frente, no momento em que, por exemplo, tiver mais, eu acredito que no momento que a própria lei abrir mais os olhos para essa questão, vai diminuir também, essas mulheres vão poder ser melhor assistida, vai diminuir a mortalidade” (Psicóloga 3)

O referido posicionamento não se manifestou nas respostas dos profissionais de direito, talvez porque estes não lidem diretamente com a atenção à saúde e não tenham a observação empírica dos danos que um aborto inseguro pode acarretar à saúde da gestante. Esse fato pode ser explicado também em referência ao estudo de Pirotta e Schor (2004) com estudantes universitários. Foi constatado que na medida em que a gravidez não planejada tornava-se mais presente – como, por exemplo, ter acompanhado alguém próximo que optou pela interrupção da gravidez, dentre outros – as opiniões em relação ao aborto provocado eram flexibilizadas, especialmente entre as mulheres. A consciência da condição feminina a partir da experiência com o aborto provocado faz suspender o julgamento sobre as razões que levam uma mulher à interrupção voluntária da gravidez. Nas participantes que tiveram um contato mais próximo com a situação de clandestinidade dessa prática, foi constatado que o medo da banalização dá lugar a uma preocupação com as condições precárias e os riscos e danos advindos de um aborto inseguro.

O aborto inseguro se configura como a segunda causa de morte materna em alguns estados brasileiros, e a terceira em outros (Torres, 2009). Estes dados demonstram que a legislação punitiva não se coloca enquanto impeditivo para essa conjuntura, como também expõe ao risco a vida das mulheres que se submetem a tal procedimento. O aborto já vem sendo visto e tratado pela comunidade internacional como um grave problema de saúde pública, e não meramente enquanto um problema moral (Brasil, 2009). Os defensores de uma legislação permissiva ressaltam que esta escolha já é por si trágica e que as proibições jurídicas tornam a situação da mulher ainda mais dramática, empurrando-a para a

clandestinidade. Argumenta-se, ainda, que a legislação permissiva não pretende abonar moralmente o aborto, mas tão-somente evitar sua clandestinidade mantida pela ilegalidade, a qual sujeita a saúde e a vida das mulheres ao risco (Mori, 1997).

Ainda nessa vertente argumentativa, as crenças pró-legalização do aborto centraram-se na questão dos direitos sexuais e reprodutivos, conforme respostas de 2 psicólogas entrevistadas. Discute-se o aborto no campo dos direitos, especialmente como direitos humanos, como uma forma para enfrentar tal problemática. Não obstante se empreguem diversas linguagens, como a moral e a religião, para falar de aborto, na esfera política global, sua legalização tornou-se um tema de direitos humanos, cujo enfoque central é os direitos reprodutivos (Brasil, 2005; Pimentel, Pandjlarjlan & Piovesan, 2000; Ventura, 2009).

Observou-se no discurso da psicóloga 2 o respeito pela opinião e decisão das suas pacientes. Também foi verificada uma percepção do aborto enquanto direito no sentido de reduzir os danos e riscos de uma prática insegura, como apontaram ambas as participantes.

(...) Há um direito sexual e reprodutivo (...) É um direito de optar pelo que ela pensa, pelo que ela acha, o que é melhor pra ela (...) é um direito de ir (...) É um algo que é ligado a saúde pública, é ligado a politica publica, os gestores tem que olhar numa visão fundamentada da importância do direito da mulher, do direito sexual reprodutivo da mulher (...). A instituição ela tem que tá preparada pra duas coisas: ou um sim ou um não, né? (...) É um direito que assiste a usuária. Mas hoje em dia não há o direito de ir e vir. Ainda existe essa lei que impede de interromper, ou seja, proíbe da mãe, da usuária querer o que é melhor pra ela.” (Psicóloga 2)

“A mulher poderia ter esse direito, tanto em determinados casos, como também ter esse direito e ter todo um recurso, toda uma segurança.” (Psicóloga 3)

Sob a ótica das relações equitativas entre os gêneros e dos direitos humanos, a definição de direitos sexuais e reprodutivos sugere duas vertentes diversas e complementares. De um lado, a liberdade e a autodeterminação individual, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência. Nessa

perspectiva, ressalta-se a liberdade das mulheres e homens de decidir se e quando desejam reproduzir-se, a privacidade, a autodeterminação, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não interferência do Estado. De outro, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que os assegurem (Piovesan, 2007; Ventura, 2009).

Destacam-se os princípios bioéticos na perspectiva apresentada por Rotondo (2009) em sua análise ética do aborto provocado em condições de risco, para discutir essa problemática no âmbito da observância aos direitos sexuais e reprodutivos. A orientação contemporânea sobre o princípio bioético da beneficência “é o reconhecimento de que quem deve decidir o que corresponde ao melhor para o paciente é justamente o paciente” (p. 228). Este deve autorizar a equipe de saúde a agir para o seu bem, conforme o que ele, segundo suas preferências e valores, considere benefício. Essa orientação põe fim ao modelo paternalista estabelecido na relação médico-paciente.

Segundo discursos de alguns profissionais de saúde lusitanos entrevistados por Porto (2009), referindo-se aos motivos pelos quais alguns profissionais adeririam ao Estatuto de Objetores de Consciência na ocasião da legalização do aborto em Portugal em 2007, “ser objetor de consciência hoje significa não respeitar a opção das mulheres e, tendo uma atitude paternalista, consideram que a opinião médica é mais importante do que a opinião da utente [paciente]” (p. 107). Conforme ressaltaram suas informantes lusitanas, alguns profissionais não respeitam o direito reprodutivo das mulheres, negando-lhes, na prática, o direito conquistado com as novas leis do aborto em Portugal. A objeção da consciência foi verificada mais nos profissionais portugueses do que brasileiros.

De acordo com o princípio da autonomia, “a pessoa deve ter conhecimentos e entendimentos adequados sobre a matéria que vai decidir; deve ser coerente com seus valores e crenças e não estar sujeita a uma coerção externa ou interna” (Rotondo, 2009, p. 229). Nesse

sentido, a equipe deve trabalhar para fornecer as informações necessárias, sem, no entanto, haver interferência das suas crenças na tomada de decisão da paciente, conforme ressaltou a psicóloga 2 nesse trecho “*A instituição ela tem que tá preparada pra duas coisas: ou um sim ou um não, né? (...) É um direito que assiste a usuária.*”.

Por fim, o princípio da justiça na área da atenção à saúde é entendido como justiça distributiva, mantendo uma distribuição equitativa dos recursos. Dados estatísticos revelaram que as complicações advindas de um aborto inseguro atingem mais as classes pobres. Dessa forma, a legalização do aborto, baseando-se no princípio da justiça e, conforme a ideologia do abortismo econômico, favoreceria as mulheres das classes mais baixas, as quais poderiam recorrer a um aborto seguro, pois as mulheres pertencentes a classes mais altas já têm condições de fazê-lo de forma segura e asséptica (Diniz, 2009; Rotondo, 2009).

A crença na autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo constitui-se como a terceira, e última, linha argumentativa da subcategoria *Crenças favoráveis*. Contrariamente à crença de que o feto é independente do corpo da mãe (heteronomia e sacralidade a vida), visto como outra entidade, outra pessoa, na subcategoria *Crenças contrárias*, os profissionais pró escolha acreditam na legitimidade do aborto considerando a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, a qual deveria, portanto, ter direito de decidir se leva adiante ou não uma gestação (Giffin, 1991). Nesse sentido, foram observadas narrativas dos profissionais de saúde e de apenas um profissional de direito, conforme exposto a seguir.

“Eu não sou totalmente feminista, mas eu acho que elas tinham que ter direito ao corpo delas” (Médica 4)

“A gente anda muito aquém no Brasil ainda, porque só quem sofre é a mulher. Porque assim, o corpo é nosso, a gente que tem que decidir se quer ter ou se não quer (...). Autonomia sobre o próprio em qualquer situação.” (Enfermeira 2)

“O feto não decide por eles, é a própria mãe (...). Porque ela é responsável por ele, pelo que ela vai construir com ele, com essa criança” (Psicóloga 2)

“(...) o aborto é uma vida, mas você pode escolher se essa vida vai ter vida ou não vai ter vida não é. Principalmente você mulher, você é quem decide, é quem é responsável é a genitora da vida que é o feto.” (Enfermeiro 7)

“(...) eu tenho uma tendência a concordar com a possibilidade do aborto, pelo menos até uma certa idade (...) seria poucas semanas, doze semanas, parece que esse é um limite adotado em vários países estrangeiros (...) doze semanas, corresponderia a três meses (...) o aborto sob a perspectiva da opção mesmo da mulher e ponto final (...). Eu acho que os dois grandes fundamentos seriam a autonomia da mulher e também a questão fática em si, os abortos acontecem, de vez em quando morre uma mulher e temos que resolver isso daí e pronto (...) me parece que isso deveria passar, necessariamente, por uma autorização, uma concordância do homem também, não ser autonomia apenas da mulher, mas também do homem. E se por um acaso, ele não concordar, isso aí obstaria a possibilidade do aborto.” (Juiz 2)

Nessa direção também tem argumentado o mais recentemente Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH - 3) lançado pelo governo brasileiro, o qual instituiu diretrizes que orientam a atuação do poder público nas questões relacionadas ao aborto. Dessa forma, objetivou, dentre outros, “apoiar a aprovação do projeto de lei que descriminaliza o aborto, considerando a autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos”, sugerindo “ao Poder Legislativo a adequação do Código Penal para a descriminalização do aborto” (Brasil, 2010b, p.12). Frise-se que o argumento central para a descriminalização do aborto é a soberania que possui a mulher para decidir sobre si mesma. Esse é também um dos argumentos sustentado pelos grupos feministas, como lembrado pela médica 4, e dele decorre o lema *Nosso corpo nos pertence* (Giffin, 1991).

Os participantes ressaltaram, ainda, que quem decide pelo feto é a mãe: *“O feto não decide por eles, é a própria mãe”*, *“você é quem decide, é quem é responsável é a genitora da vida que é o feto.”* Dessa forma, Harris (1994) argumentou que mesmo que o feto seja considerado pessoa, a mãe e/ou casal que deseja a interrupção da gestação é ainda mais pessoa do que o feto. Portanto, seus interesses devem se sobrepor aos supostos interesses do nascituro. Verificou-se, ainda, que embora o juiz 2 tenha argumentado no sentido da

autonomia feminina sobre seu corpo, ele o fez com ressalvas, diferentemente dos profissionais de saúde, para quem a mulher tem o direito de decidir sobre o aborto, baseando-se na questão da autonomia, absolutamente.

Expostas as atitudes dos participantes desta pesquisa em relação ao nosso objeto de estudo e as crenças que lhes dão suporte, serão apresentadas, a seguir, seus discursos acerca da investigação e punição do crime de aborto. Como esses profissionais acreditam que a justiça deve lidar com essa prática? As mulheres que provocam aborto deveriam ser denunciadas, responder criminalmente? E como se daria a punição? As respostas para tais questionamentos compõem a subcategoria *Aspectos jurídicos*.

4.2.2.2 – *Aspectos jurídicos*

Na categoria *Aspectos jurídicos* emergiram três subcategorias. Estas são denominadas *Sigilo e Denúncia* que, como a própria denominação sugere, são um contraponto entre si, e revelam posicionamentos ou favoráveis ou contrários à acusação e à instauração de um processo de inquérito/investigação contra a mulher que provocou aborto. Por fim, tem-se a subcategoria que contempla discursos em torno da investigação do crime de aborto e da forma como este deveria ser punido.

A subcategoria *Sigilo*, como se pode observar, emergiu apenas dentre os profissionais de saúde:

“Não denunciaria. Se ela chegou aqui ela tem que ser acolhida. Já provocou”
(Psicóloga 2)

“O nosso papel é manter o sigilo. Não cabe a nós denunciar (...). Nosso papel é acolher, é prestar assistência a essa mulher que esteja nessa situação, e manter o sigilo.” (Psicóloga 1)

“Não é o objetivo do hospital denunciar ninguém, é acolher” (Médica 3)

“Não deveria denunciar porque primeiro, a gente está aqui para promover o bem-estar, o bem-estar físico, a gente está aqui para prestar assistência aos

cuidados. A gente não tem nada a ver com a vida pessoal de cada pessoa. Se a gente está em um hospital a função da gente é promover assistência, assistência de enfermagem, assistência médica, assistência é psicológica” (Enfermeiro 7)

Embora os discursos desses profissionais de saúde tenham sido no sentido da confidencialidade das informações, ainda se observa no Brasil, de acordo com o Relatório da Comissão de Cidadania e Reprodução divulgado em 2008, a ocorrência de prisão de mulheres em situação de aborto provocado no momento de seu atendimento na rede pública de saúde, devido à denúncia por parte dos profissionais. Nos últimos anos, têm sido verificadas violações aos direitos básicos das mulheres na assistência integral à sua saúde. Exemplo disto é a apreensão de aproximadamente dez mil prontuários médicos e o consequente indiciamento dessas mulheres que supostamente praticaram aborto clandestino (Gonçalves & Lapa, 2008).

Entretanto, os participantes da área de saúde, ao menos no que diz respeito à questão do sigilo e a referência ao acolhimento, demonstraram atuar em consonância com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005). Segundo esta, o acolhimento “é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência” (p. 17). Quanto à obrigação ou não de comunicar às autoridades a ocorrência de aborto provocado não autorizado por lei, a norma preconiza que diante de aborto espontâneo ou provocado, a equipe não profissional “não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento” (p. 14). Caso a norma legal não seja cumprida, pode ser ensejada uma ação criminal, criminal, civil e ética profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

No mesmo sentido, o Código Penal, em seu art. 154, considera crime: “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou

profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”. Em reforço as disposições anteriores, o art. 207 do Código de Processo Penal isenta de prestar depoimento judicial ou perante qualquer autoridade as pessoas que “em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, e quiserem dar o seu testemunho.” Nos casos em que a pessoa atendida tenha sofrido alguma violência e necessite de proteção, o ocorrido deve ser comunicado à autoridade policial.

Contrariamente a tais dispositivos, os profissionais de direito afirmaram que é dever do profissional de saúde notificar as mulheres em situação de aborto provocado às autoridades competentes, caso contrário, poderiam estar incorrendo em alguma infração. Além disso, alegaram que um dos entraves à investigação desse crime é justamente a omissão dos profissionais quanto à prestação de informações e denúncias de todos envolvidos nessa prática, como se pode observar nos discursos abaixo:

“(...) o que é que está faltando, os médicos passarem este atendimento para o Ministério Público, para a Polícia, para ser investigado o que foi feito ali. (...) Para investigar não só a mãe que abortou, mas sim quem ajudou, quem auxiliou, quem fez o procedimento, que aí agente chega nas clínicas clandestinas, entendeu? Só que essas informações não vêm.” (Promotora 5)

“(...) acredito que todo profissional, ele tem a obrigação de constatar os sintomas do aborto, e comunicar às autoridades competentes (...) se um médico, um enfermeiro, constatar que uma pessoa praticou o aborto, isso deve ser investigado pra saber se foi um aborto involuntário ou foi um aborto provocado pela mulher; a partir daí tomar uma medida razoável (...) a quantidade de processos, denúncias que nós levamos à frente, se não me lembro 3 ou 4 casos; muito pouco. O que falta é isso, é orientação, recomendação aos médicos, aos gestores do hospital, aos enfermeiros, enfim, constatando o sintoma de prática abortiva, comunicar aos policiais.” (Promotor 2)

“Deveriam como o dever de qualquer pessoa de denunciar qualquer crime, mais um crime grave contra a vida.” (Juiz 4)

A lógica desses profissionais vai de encontro aos preceitos promulgados pela Norma Técnica anteriormente citada. A sua preocupação é estritamente repressiva, ou seja, a partir da

coerção, da imposição às mulheres do medo da denúncia, fazer com que estas se abstenham de tal prática, sugerindo que esta é reforçada pela impunidade de seus praticantes. Nesse sentido, seus discursos sobre a necessidade da denúncia se relacionam com suas crenças acerca da qualificação e da punição do crime de aborto, como será verificado na subcategoria a seguir. De forma oposta ao pensamento dos profissionais de saúde, os juristas parecem não estar preocupados com a saúde da mulher, mas com a sua punição.

“Os profissionais de saúde, penso, que não denuncia essa prática criminosa, eles estão sendo coniventes, então, para que nós tenhamos uma maior redução da prática clandestina de abortos e uma punição realmente eficaz dessas pessoas que praticam essa ilicitude, é preciso que as unidades de saúde, seja hospitais, casa de saúde, etc., clínicas, elas comuniquem às autoridades competentes essa prática daquele aborto para que sejam tomadas medidas cabíveis. Porque, se a mãe sabe que vai ao hospital fazer uma curetagem que nada lhe será causado ou que nada será informado, ela fará o aborto tranquilamente em casa, toma um Citotec, aborta em casa, vai pro hospital e faz a curetagem. Imagine se ela tivesse todo o receio que eu indo pro hospital, ‘eita possa ser que eu seja processa da criminalmente, vão comunicar à polícia’, então eu acho que o efeito pedagógico, psicológico, teria uma eficácia no sentido de reprimir essa conduta.” (Promotor 1)

“(...) ela tem que saber que o Estado tem que julgá-la por ela ter cometido um ato ilegal, e esse ato ilegal é crime. Então são duas coisas, o Estado garante a saúde? Garante, garante a assistência à saúde, tem por obrigação garantir, mas por outro lado ela tem que saber que o Estado tem a obrigação também, de através de seus órgãos, tomar as providências para que ela seja devidamente processada e julgada porque a lei considera o ato dela como crime, não interessa se ela sofreu ou deixou de sofrer (...) eu acho que o código de ética médica os obriga a comunicar à polícia um fato criminoso, eles têm que comunicar, embora eu duvido que eles comuniquem.” (Juiz 3).

Este participante reconheceu, ainda, que, devido ao medo de ser denunciada e coagida, a mulher que tenciona interromper a gestação não procura uma instituição especializada para ampará-la nesse momento. Até mesmo porque não existe uma política pública consistente de assistência às mulheres nesse sentido. Portanto, os seus direitos à informação e à saúde, preconizados pelo referido documento normativo, são desrespeitados. Caso a usuária do serviço tenha uma decisão tomada, a equipe, respeitando os princípios da beneficência e autonomia (Briozzo & Bedone, 2009), deve acatá-la, explicando que o aborto é crime, suas

consequências legais, mas também, em face do seu direito à informação, os diferentes métodos utilizados para abortar, com detalhes sobre seus riscos, para que ela possa escolher a forma mais segura (Briozzo et al., 2009a).

“Tem medo de denúncia, sabe que não vai ter orientação em relação a isso, vai se sentir constrangida, vai ter que responder perguntas, vai ser uma série de fatores. Ela prefere perguntar a uma amiga que sabe que outra já fez, ela prefere perguntar a uma amiga que já fez a perguntar a uma amiga que está por fazer que remédio vai tomar, que chá vai tomar. E tomar e seja o que Deus quiser, o risco que ela assume é um risco total.” (Juiz 3)

Findadas as discussões das subcategorias *Sigilo e Denúncia*, é apresentada agora a subcategoria denominada *Investigação e punição do crime de aborto*, os quais serão discutidos separadamente. No tópico investigação, apenas os profissionais de direito fizeram considerações a seu respeito, visto ser esta uma de suas competências originárias. A partir de suas narrativas nesta subcategoria, fica mais fácil compreender a importância a que estes atribuem à obrigação da denúncia, conforme enfatizado na subcategoria anterior. O início de um processo criminal se dá com a denúncia, no entanto, esta não é compatível com o número de abortos ilegais praticados no Brasil, pois, como se pode observar nos discursos abaixo, grande parte deles acontece na clandestinidade e anonimato.

“(...) é muito difícil você conseguir às vezes punir ou encontrar a própria responsável por aquilo (...) é um crime de apuração mais difícil (...). Se faz às escondidas, e os crimes feitos às escondidas eles são mais difíceis de serem descobertos (...). A pessoa não denuncia porque tem dó da mãe, da genitora, os parentes não denunciam. “O número de denúncia é muito baixo, baixíssimo” (Promotor 3)

“(...) Nós não temos conhecimento desses casos, porque em regra fica no seio da família, ou fica só nela, só ela tem o conhecimento, só ela e o companheiro, ou só ela e uma amiga, ou se a família tiver conhecimento “abafa” aquele caso. Dificilmente se vai pra polícia, pro Ministério Público, dificilmente chega ao nosso conhecimento (...). É muito difícil de ser investigado, de ser apurado.” (Promotora 5)

“Eu sou juíza da vara dos crimes contra a pessoa, onde o aborto faz parte (...), mas até hoje eu só tive um caso de um aborto que veio a júri. Porque realmente é muito difícil, logo essas pessoas agem no anonimato, então assim, é difícil a gente identificar.” (Juíza 1)

Após a denúncia do crime de aborto, se estabelece um inquérito policial, o qual será analisado pelo promotor de justiça e, após ter sido instaurado o processo, este será julgado pelo juiz competente, o qual fixará a pena àquele que praticou tal ilicitude (Grecco, 2010). No entanto, conforme observado pelas narrativas descritas acima, o crime de aborto é de difícil apuração, visto o contexto em que ocorre, por ser um ato adstrito à esfera privada da vida das mulheres, entre outros fatores. Nesse sentido, pode-se observar que a proibição legal do aborto não coíbe, na prática, a sua consumação. Evidência desse fato é que entre 2001 e 2006 foram encontrados apenas 130 casos envolvendo processos de repressão penal a essa prática, número bastante reduzido quando comparado às estimativas totais de abortos clandestinos. Não obstante, tem-se constatado um crescente interesse na investigação de denúncias de clínicas clandestinas de aborto, sendo o indiciamento de cerca de dez mil mulheres mediante a investigação de clínicas médicas clandestinas no Mato Grosso do Sul um exemplo emblemático (Gonçalves & Lapa, 2008).

No tocante à punição do crime de aborto, apenas os profissionais de direito, ressalte-se em sua maioria (n=6), responderam que as mulheres deveriam ser punidas conforme previsto pelo Código Penal. Destaca-se que alguns desses profissionais, a exemplo do Juiz 3 e da Promotora 5, afirmaram ser contrários à prática do aborto identificando-o como homicídio, conforme destacado na subcategoria *Crenças contrárias*. Nesse sentido, alegaram que sua punição deveria ser mais severa, incluindo a reclusão, como se pode observar:

“(...) eu acho que ele está em conformidade com a pena, por exemplo, de um homicídio. Eu acho que está em conformidade com a pena de um latrocínio. Está em conformidade com a pena desses elementos que lidam com a vida.” (Juiz 4)

“Eu lido com isso todo dia e tem gente, prendo pessoas, que fuçaram a casa do vizinho, que roubaram uma outra pessoa, que estava vendendo drogas. Isso não é crime? Eles não estão presos por causa disso? Por que uma mulher que mata seu próprio filho ao vai ser presa por conta disso? Por que o crime dela é menor? Eu não consigo entender por que o crime dela é menor. Ela, inclusive, deveria ser bem maior, porque ela está matando seu próprio filho. Quem tem coragem de matar seu próprio filho mata qualquer pessoa. Porque dizem (...) não existe amor maior entre uma mãe com um filho. Se ela mata esse filho, ela tem condições de fazer qualquer coisa.” (Promotora 5)

“Uma pessoa que vive de aborto, eu acho que merece uma punição mais severa pra não continuar com esse tipo de conduta que não pode ser tida como natural.” (Promotora 6)

“Acho que os parâmetros da pena, o que eu poderia dizer é que um aborto poderia deixar de ser um crime especial pra ser uma espécie de homicídio. Deixar o crime de aborto e colocar um parágrafo no artigo 121 e transformar numa forma de homicídio também (...) com uma pena um pouco menor.” (Promotor 2)

Pode-se verificar que tais crenças se ancoram numa perspectiva criminalista e punitiva, na qual o aborto é considerado delito de maior gravidade, comparado ao homicídio. Segundo o Código Penal, tanto o crime de homicídio, descrito como matar alguém, quanto o de aborto, encontram-se no capítulo dos crimes contra a vida. No entanto, a pena cominada àquele pode variar, em sua forma simples, de 6 a 20 anos de reclusão, e a este, se cometido pela própria mulher, de 1 a 3 anos de detenção. Fazendo uma ressalva à determinada perspectiva, Gonçalves e Lapa (2008) alegaram que uma maior punição ao aborto provocaria uma significativa ampliação do sistema carcerário no país, de maneira a conseguir abarcar todas as condenações advindas da prática de todos os abortos realizados clandestinamente. Daí tem-se que a questão da criminalização do aborto tem também impactos significativos no sistema carcerário e nas políticas criminais.

A partir de investigação de processos/inquéritos de mulheres que provocaram aborto nas primeiras décadas século XX, Rohden (2003) concluiu que alguns médicos e juristas associavam a imagem da mulher exclusivamente à maternidade, referindo-se ao aborto até mesmo como um “assassinato de um futuro cidadão”, denotando a teoria da potencialidade já

referida (Diniz & Almeida, 1998). No entanto, as mulheres envolvidas nos casos não corroboraram o entendimento de que estivessem “tirando a vida do próprio filho”. Para elas, o sentido do aborto parecia ser outro.

Ainda relacionado às formas de punição para o crime de aborto, alguns participantes, de ambas as classes profissionais, afirmaram que não seria o caso de se punir com prisão, mas a aplicação de uma punição alternativa. Essa possibilidade já é prevista pelo CP para os crimes cujas penas fixadas em sentença não excedam 2 anos, dentre outros requisitos. Nesse sentido, o réu deve submeter-se a algumas condições estabelecidas pelo juiz, como por exemplo, a prestação de serviços à comunidade. (Gonçalves, 2007).

O promotor 4 ressaltou a dupla penalização pela qual passa uma mulher que optou pelo aborto. Isso porque o aborto já é por si mesmo uma escolha difícil (Mori, 1997), acompanhada, na maioria das vezes, de muita ansiedade, incerteza e sofrimento. Além disso, esse processo é geralmente vivenciado de forma solitária pela mulher, visto que seu companheiro nem sempre está presente, seja pela simples omissão, ou por achar que esta experiência, assim como o parto, é coisa de mulher (Galastro & Fonseca, 2007). Nesse sentido, seria mais adequado submeter essa mulher a algumas medidas socioeducativas. O Juiz 3 evidenciou a importância de se evitar ao máximo a reclusão dessas mulheres. Contrariamente aos discursos anteriores, acredita que a mulher que comete aborto não pode ser comparada a um homicida, por exemplo, e que seu ato, embora seja considerado crime, é de gravidade inferior.

“(...) a pena legal não pode ser muito grave para não aumentar essa penalização dela, agora é uma apelação educativa, é uma forma de educar “olha, você não pode mais engravidar, se engravidar vai ter essas consequências”, e a forma mais penosa, mais gravosa de educação, mas é educação, é tanto que a pena é muito pequena. Para a mulher hoje é um crime de menor potencial ofensivo, bom, a gente pensa isso né? Mas para a mulher a ofensividade é muito grande, ela é penalizada duas vezes (...) ela tem que ter uma penalização para a educação, a pena é educativa.” (Promotor 4)

“Porque você pegar uma pessoa que cometeu um aborto e colocar no meio de bandidas perigosas, de assaltantes, de traficantes, de assassinas, você vai terminar soltando aquela pessoa que não tinha nenhuma dessas possibilidades de ingressar nesse seleto grupo, tornar a pessoa da mesma forma (...) Tem que punir? Tem, agora, tem que evitar o máximo o encarceramento.” (Juiz 3)

Os profissionais de saúde, por sua vez, enfatizaram a punição através de medidas alternativas, sejam socioeducativas, conforme sugeriu o Enfermeiro 6, ou punições que acabam por expor as mulheres a situações vexatórias, a exemplo da narrativa da Enfermeira 1. Para esta, quem provoca aborto é considerado homicida, sendo sua punição de caráter moral. Punições nesse sentido já são sofridas pelas mulheres que recorrem aos serviços de saúde apresentando complicações pós-aborto inseguro.

Deveria ser punida de uma forma disciplinar, de uma forma não de cadeia, só se fosse recorrente, tivesse outro aborto (...). Mas ela se punida de uma forma que ela viesse (...) a ser privada de alguma coisa ou ter que fazer uma coisa em prol da sociedade, até palestras, participar de oficinas, com pessoas que pensam em aborto, contar a história dela, que ela tá ali pagando por ter feito um aborto que não foi permitido.” (Enfermeiro 6)

Ela passar um pelo menos uma semana ou um mês vendo as mulheres que chegam querendo ter filhos, chega desesperada, chega a gente sente no olhar dela o desespero da perda. Elas participando da vida daquelas mulheres (...) isso que elas deviam acompanhar essa paciente, ver o sofrimento, ver tudo, ver o sofrimento do serzinho, (...) elas veem que ninguém fez nada, não aconteceu nada, ninguém disse nada, foi só um sangue que eu perdi, ninguém me orientou para nada (...) não é punição. A punição seria a obrigação de comparecer a um lugar pra assistir a uma oficina. ‘Olha o que acontece, olha o que vocês foram capazes de fazer com um ser humano’. Mostrar (...) quem mata não é só aquele que chega lá e atira na sua cabeça não, você também (...) você acabou de cometer um homicídio, elas são homicidas, elas queiram ou não elas são homicidas. (Enfermeira 1)

A fala da enfermeira 1 encontra-se imbuída de elementos que remetem à violência institucional. Nessa direção, alguns estudos (Gesteira et al, 2008; Porto, 2008; Rabay & Soares, 2008) apontaram que a conduta dos profissionais nos serviços de saúde tem sido estritamente normativa e punitiva, caracterizando a trajetória desumana das mulheres que recorrem a tais serviços apresentando alguma complicação pós-aborto. No estudo de Porto

(2008) com profissionais de saúde em Portugal frente a essa problemática, foi verificado, a partir do discurso de um enfermeiro, a ocorrência de maus-tratos às mulheres na maternidade em que trabalha, pois lá, devido aos objetores de consciência, não lhes prestam atendimento. Comentou, ainda, que esses profissionais obrigavam essas mulheres a ficarem nas mesmas dependências daquelas gestantes que acabaram de dar à luz. Essa forma de punição é próxima à proposta pela Enfermeira 1.

Por fim, evidenciam-se os discursos dos profissionais, de saúde e de direito, no sentido de que a mulher não deve ser punida. Observou-se que tal posicionamento é dos profissionais que são favoráveis à despenalização do aborto, conforme mostra a médica 4 em sua fala. O Juiz 2, por sua vez, ressaltou que a criminalização dessas mulheres configuraria um retrocesso da justiça, a qual, dessa forma, se mostraria incompetente para com a proteção da pessoa humana.

“De jeito nenhum. Até porque eu lá no fundo no fundo sou até a favor do aborto, então acho que deva ser presa não.” (Médica 4)

“(...) a própria mulher sofrer uma criminalização, parece com o anacronismo. Se ela, eventualmente, quisesse fazer só, ou quisesse fazer na sua casa, então aí tudo bem. Mas ela sofrer um processo criminal por conta disso, eu acho que já é uma ingerência enorme na tutela da pessoa, de maneira geral e da mulher especificamente.” (Juiz 2)

Além das discussões sobre a atitude e os posicionamentos concernentes aos aspectos jurídicos que envolvem esta prática, conforme apresentados nas subcategorias anteriores, é importante enfatizar que o aborto é um crime com características bem específicas, é uma prática de mulheres, na qual vários aspectos estão envolvidos. Estes emergiram dos discursos dos profissionais entrevistados, e encontram-se agrupados na subcategoria chamada de *Aspectos biopsicossociais*.

4.2.2.3 – Aspectos biopsicossociais

Na presente categoria foram verificadas duas subcategorias, a citar: *Causas*, na qual foram apontados pelos profissionais os motivos pelos quais uma mulher recorre ao aborto, e *Riscos à saúde da mulher*, a qual compreende os discursos que evidenciaram os riscos e danos sofridos em decorrência dessa prática de forma insegura.

Nesse sentido, são vários os motivos que levam uma mulher a engravidar sem o desejo e, conseqüentemente, a abortar. Dentre eles destacam-se a desinformação constante acerca da sexualidade, as relações desiguais de gênero – as quais submetem às mulheres a situações acentuadas de vulnerabilidade –, as dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, falhas destes ou falhas no seu uso, ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde, a dificuldade financeira que implicaria ter mais um filho, o abandono ou pressão do parceiro, o qual se exime de qualquer responsabilidade, a não inclusão de filhos no seu projeto de vida, etc. (Verardo, 1987; Matielo, 1994).

Em relação às *Causas* do aborto, alguns desses aspectos foram enfatizados pelos profissionais deste estudo. A situação socioeconômica foi percebida como um dos fatores ensejadores dessa prática, conforme discursos dos participantes de ambas as classes profissionais:

“primeiro por questões financeiras também, acho que talvez seja um dos grandes pontos hoje a questão financeira. Existe muito aborto, pessoas que não tem condições (...). Muitas outras abortam, confirmam mesmo que abortam, e a grande maioria por questões financeiras, sociais, a questão econômica eu acho que é o grande ponto.” (Promotor 3)

“(...) eu imagino que a primeira delas é a questão social, a gente vê que muitas mães abortam por questões ligadas ao contexto social no qual elas se encontram inseridas, pobreza, falta de condições financeiras (...) a questão social e financeira, a grande camada da nossa população ainda está no limiar da pobreza, isso dificulta, realmente, que pessoas venham a ter filhos, por não dá condições para criá-los, esse é o primeiro ponto.” (Promotor 1)

“Na maioria das vezes o que a gente observa são questões sociais. (...) pelo menos isso é o que elas dizem, que são questões sociais, são questões econômicas” (Médico 2)

“(...) muitas elas abortam por não ter condições socioeconômicas tá entendendo, para ter filho (...) como é que você pode desenvolver uma vida se você não tem uma vida digna, uma vida adequada, como é que você pode proporcionar uma vida a uma vida se você não tem uma vida digna, se você não tem uma vida estruturalmente bem socioeconômico, mas se você não tem uma estrutura emocional. “(...) se você não tem condição de ter um filho eu não acho crime não, está entendendo, no caso nessa situação se você não tem condição financeira, não tem estrutura de ter um filho, está entendendo (...) estrutura emocional, estrutura física, não tem um lar (...) como é que você vai poder botar um filho no mundo se você não tem condição nenhuma, nem de se manter? (Enfermeiro 7)

As mulheres que provocam aborto encontram-se geralmente em uniões estáveis e já possuem vários filhos, recorrendo a essa prática como forma de planejamento familiar, isto é, espaçar seus filhos ou limitar seu número. No Brasil, elas são mulheres entre 20 e 29 anos, católicas, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, em união estável, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortaram com misoprostol (Brasil, 2009). Em estudos analisados nesse relatório, que sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do aborto no Brasil, verificou-se que o universo de trabalho da maioria das mulheres que realizam aborto é o emprego doméstico, o comércio, ofícios informais (cabeleireira e manicure), além de estudantes, com renda familiar de até três salários mínimos, o que evidencia uma classe social menos favorecida. Nesse sentido, o enfermeiro 7, o qual já se mostrou favorável à despenalização do aborto, citou a situação socioeconômica como justificativa para tal. Essa concepção é denominada de abortismo socioeconômico (Diniz, 2009).

O perfil educacional, por sua vez, modificou no percurso de 20 anos, havendo um aumento no número de anos na escola e uma significativa diminuição da quantidade de mulheres analfabetas. Embora seja um tema com pouca possibilidade de síntese, visto que a classificação da escolaridade é diversa, algumas pesquisas referidas pelo relatório agrupam apontaram para uma concentração nos registros: mais da metade das mulheres com

experiência de aborto induzido tem até oito anos de estudo. Dessa forma, verificou-se um perfil de mulheres com baixa escolaridade (Brasil, 2009).

Os profissionais do presente estudo destacaram essa relação entre pobreza e escolaridade, afirmando que as classes mais baixas possuem menos informações acerca dos métodos contraceptivos, seja por uma falha do Estado ou por desinteresse das próprias mulheres, conforme ressaltou a enfermeira 1, a qual demonstra em suas respostas, a exemplo da subcategoria *Crenças contrárias*, uma culpabilização das mulheres por tal prática.

“(...) A maioria deles são das classes menos favorecidas, menos que lê, menos que procuram saber das coisas.” (Enfermeira 1)

“(...) com certeza a classe mais baixa, devido ao fato das informações, de não ter tanto acesso às informações” (Psicóloga 1)

“Com certeza as classes mais baixas porque é justamente isso, falta de orientação e falta de estrutura de apoio por parte do Estado no sentido de fornecer medicamentos anticoncepcionais pra adolescente e a mulher se precaverem.” (Promotor 2)

Não obstante os dados do referido relatório apontem que o aborto provocado apresenta-se com maior frequência nas camadas mais populares da sociedade, observa-se sua prática também nas demais classes sociais. A grande diferença entre o aborto provocado por uma classe ou outra se refere às condições de sua prática. O fato de haver ou não complicações pós-aborto, bem como o tratamento recebido, é um evento sócio e economicamente dependente (Brasil 2009; Diniz, 2007a; Diniz & Almeida, 2010), fato este observado pelos participantes desta pesquisa, e melhor enfatizados na subcategoria seguinte.

“Atinge todas. A diferença é quando é classes mais altas, geralmente se faz em hospitais clandestinos particulares e dotado por maior sigilo, e as pobres não, vão aí para todo canto, hospital público, às vezes fazem até em casa tem complicação e vai para o hospital, e esses hospitais públicos todo mundo sabe de tudo, todo mundo fala da vida de todo mundo (...) tem tanto na classe mais pobre, como na classe mais abastada financeiramente.” (Juiz 3)

“Estrutura socioeconômica é o que a gente mais vê, pessoas de baixa renda, pessoas que não tem condições nenhuma de estudo, pessoas que não tem conteúdo, que não tem estrutura de vida tá são as que mais acometem, essas drogadas. É muito difícil você ver chegar uma paciente aqui de classe média, de classe média alta que fez um aborto, eu acho que eu nunca vi nesse tempo que eu estou aqui eu nunca vi não (...) Acho que hospitais particulares, mas público eu acho que não.” (Enfermeiro 7)

“(...) mas da mesma forma que tem na classe baixa, eu acredito que na classe alta também. Só que você sabe tudo muito sigiloso.” (Psicóloga 1)

“(...) Nas classes altas também tem, mas é tudo sem saber. (...) As menos favorecidas fazem ainda sonda, que é uma coisa que gera muito risco pra vida da mulher, por causa de infecção. Nas classes altas não, vão para o médico e pagam alto e fazem diferente.” (Médica 3)

Outra causa apontada pelos participantes para explicar por que as mulheres recorrem à prática do aborto foi a falta de apoio social, como se pode observar:

“(...) preconceito social de, por exemplo, serem mães solteiras, por falta de aceitação da família assumir e acolher uma mãe solteira dentro de casa, então, uma série de fatores, por que são rejeitadas pelos pais dos seus filhos (...) essa falta de amadurecimento psicológico, essa falta de apoio dos pais, apoio do pai da criança, que também é muito jovem, tudo isso contribui pra que essa mãe venha a abortar.” (Promotor 1)

“(...) acha que a família não vai dar suporte; em regra o companheiro também nesses casos não assume.” (Promotora 5)

“(...) tudo isso também é falta de uma estrutura familiar, que não tem (...). São pessoas que não tem um apoio, porque por mais errado que seja se você tiver um apoio dentro da família, você não faz. Mas aí o que acontece, os pais dão as costas, a mãe dá as costas, a família dá as costas, aí ela se vê numa situação acuada, de medo e muitas vezes essas mulheres são obrigadas a abortar.” (Juíza 1)

“Porque não tem o apoio da família, a maioria não tem o apoio do companheiro.” (Psicóloga 1)

“Eu acho que a maioria dos abortos que acontecem, (...) 90% dos abortos que acontecem é porque a mulher não tem apoio do companheiro, seja marido, seja um amante, seja o que for, um namorado, o que for, mas o companheiro dela que chegou a gestar essa pessoa (...) A primeira coisa que o homem faz é afastar-se. Quando ele imagina que a mulher tá grávida, ele já cai fora (...) e a mulher fica com a batata quente na mão pra resolver.” (Médico 1)

Além da precariedade na estrutura familiar, do preconceito que envolve questões de gênero e suas relações desiguais, esses profissionais ressaltaram que a experiência de uma gravidez indesejada, seguida do aborto provocado, é vivenciada pela mulher, na maioria das vezes de forma solitária, sem a presença do genitor do nascituro. Nesse sentido, a pesquisa de (Galastro & Fonseca, 2007) apontou que a experiência de um aborto, espontâneo ou provocado, é comumente seguida de muita ansiedade, incerteza e sofrimento. De modo geral, os serviços estão pouco atentos a isto. Ademais, os homens nem sempre estão presentes, seja por omissão, seja por considerar esta experiência, assim como o parto, um assunto de mulher, a qual, segundo os profissionais da pesquisa citada, também está desacompanhada quando quer doar o filho. Nesse sentido, grande parte dos estudos sobre aborto se referem apenas à população feminina.

O estudo de Digiovanni (2008) realizado com mulheres que abortaram, verificou que, embora seus diferentes contextos impliquem em diferentes sentidos para o aborto, a percepção da gravidez indesejada foi decisiva para escolher interrompê-la. Ainda que se constatem especificidades nas histórias de vida, o aborto é descrito como um “momento de intenso conflito e sofrimento”, sendo ressaltadas também a insegurança e a precariedade decorrentes da ilegalidade dessa prática.

Frente a uma gravidez não desejada, tanto prosseguir com a gestação quanto interrompê-la não é de fácil decisão. As mulheres que ainda chegam à consulta solicitando orientação, ou porque estão considerando ou já decidiram abortar, encontram-se em situação de vulnerabilidade acentuada, permeada de sentimentos como a dúvida, a tristeza, a incerteza, a vergonha e o medo. Além disso, devido à restrição do aborto e à censura social em relação a esse tema em países como o Brasil, a mulher nessa situação costuma enfrentar a culpa, o maltrato, a humilhação e a falta de apoio familiar, do seu companheiro, e das instituições que prestam serviços médicos (Briozzo et. al, 2009b).

Não obstante alguns profissionais tenham considerado a decisão pelo aborto como sendo permeada por vários elementos que envolvem a situação socioeconômica precária, a falta de informação, o preconceito relacionado a questões de gênero, a falta de apoio familiar e do companheiro, outros enxergaram essa decisão como sendo fruto apenas de uma irresponsabilidade individual. Alguns profissionais, ainda persistem na prática de valorização negativa e culpabilizante da mulher no exercício da sua sexualidade e dos direitos reprodutivos (Rosas, 2005), como se pode observar:

“(...) nós nos encontramos como pessoas que em busca de uma satisfação sexual, eles não se previnem e acaba gerando uma gravidez.” (Promotor 2)

“Eu diria que não é informação insuficiente, mas ausência de cuidado propriamente dito. Me parece que informação hoje chega em todas as classes sociais, em todos os lugares, então acredito que seria ausência de cuidados mesmo e prevenção, não pela ausência de informação a respeito.” (Juiz 2)

“(...) eu acho que tem muitas pessoas que têm informação, mas tiram, não querem ter filho, quer tirar aquele bebê porque não teve responsabilidade no ato, prevenção.” (Enfermeira 3)

“Eu acho que a maioria delas é por irresponsabilidade (...) porque diz que não consegue tomar o comprimido, porque foi no posto e não tem. Eu não acredito em nada disso (...). Hoje em dia muito raramente é por desconhecimento, é por irresponsabilidade mesmo (...) não existe mais ninguém com esse tipo de desconhecimento, até porque a televisão, as revistas, o pessoal é muito bem informado.” (Médica 4)

(...) às vezes é a banalização mesmo, é romantismo (...) tanto faz você dá a oportunidade de alguém nascer e não dá a oportunidade daquela pessoa sobreviver. Tá muito banalizado. Às vezes eu digo a elas lá “gente, às vezes a mulher engravida porque quer”. Chegam chorando “não porque eu engravidei”, engravida porque quer, a não ser que você tenha sido violentada.” (Enfermeira 1)

Os participantes desta pesquisa acreditam que todos tenham informações e acesso aos métodos contraceptivos. No entanto, se contradizem, como pode ser observado, ao afirmarem, ao mesmo tempo, que as campanhas preventivas não são efetivas e que há falhas quanto à orientação sexual e reprodutiva, sendo esta outra causa do aborto provocado.

“Eu acho que a quantidade de campanha ela ainda é insuficiente e a qualidade também. Nós poderíamos ter essas campanhas no programa de educação do Estado, de se colocar no primário, de se esclarecer o que é o sexo, as consequências do sexo. Tem que ter uma campanha desse tipo, de esclarecimento desde o início da adolescência, da sua vida sexual do ser humano.” (Promotor 2)

“Não é feita campanha nenhuma, olha, essa campanha do preservativo era aquele “brinque com segurança”, na verdade é isso. Não é por aí, a educação que a gente precisa é para que as pessoas tenham cuidado com o próprio corpo em todas as áreas (...). Então a gente tem esse tipo de problema no Brasil que é ausência de educação e essa educação deve ser listada por uma política pública (...). Do outro lado você tem o poder público em campanhas, não de esclarecimento, mas de divulgação, que é só para o homem, para distribuição a camisinha. Há outras formas e há outras linhas de educação para a mulher também, mas não “vamos distribuir camisinha que está tudo bem”, não está.” (Promotor 4)

“(...) É casa que tem meninas com treze anos de idade grávida, onze, não tem formação nenhuma, não tem pai, não tem mãe, mãe é alcoólatra, pai é drogado, vendedor de droga. Você pode ver que uma coisa que vai puxando a outra. Tudo isso aí acomete o que, devido a falta de informação, é uma rede social que não tem, que não tem conhecimento, não tem cultura.” (Enfermeiro 7)

“Eu ainda acho que está precário o atendimento principalmente na básica, que é onde você pega as meninas dali, se juntasse educação, colégio, juntasse com unidade básica e orientasse melhor essas meninas não acontecia isso não. Aí eu acho que é por isso, acho que é a falta de informação mais detalhada, tem que ser detalhada mesmo, elas não estão estudando, se precisar usar a linguagem delas a gente usa a linguagem delas, mas tem que formar melhor. (...). Para que serve, como usar a pílula, até como usar a pílula elas não sabem, em pleno século vinte e um você dá a pílula, distribui a pílula para uma adolescente e não diz como usar a pílula, como é que ela faz, como é que ela não faz.” (Enfermeira 1)

“Por falta de orientação, principalmente nas classes mais desfavorecidas, irresponsabilidade do casal, o pai não orienta o adolescente em casa, mães adolescentes, meninas com doze anos já tiveram filhos ou estão grávida. Então eu acho que é uma questão de orientação.” (Enfermeira 3)

Nesse sentido, ressalta-se que embora o planejamento familiar seja um direito constitucional, regulamentado pela lei federal nº 9.263/96, tal direito não é efetivado. Pesquisas (Martins et al., 2006; Penaforte et al., 2010) têm demonstrado que a informação e o acesso aos métodos não são suficientes para a segurança de uma gravidez não planejada e/ou indesejada, nem tampouco para transformação de atitude das mulheres voltada à prevenção.

A escola, por sua vez, não tem assumido efetivamente o seu papel diante da educação sexual dos adolescentes (Faganello Madureira & Weber, 2011).

Ao mesmo tempo, verifica-se que as questões concernentes à contracepção são tradicionalmente compreendidas como de responsabilidade privativa das mulheres, sendo os programas de planejamento familiar direcionados para o público feminino (Bahamondes, 2006; Brasil, 2006). Nesse sentido, os discursos, dos jovens e da própria da família, acabam por reiterar a lógica de que cabe à mulher a responsabilidade entre a sexualidade e gravidez (Abramovay, Castro & Silva, 2004; Wiese & Saldanha, 2011). Essa observação foi feita pelos profissionais em questão:

“Não há discussão quanto às ações, são hipócritas, é como se a mulher fosse a única responsável, ‘olha, tem que obrigar o homem a usar camisinha porque se não você paga a conta’, peraí, e o homem entra onde nisso? Qual a responsabilidade, nenhuma? Então essa discussão está muito hipócrita.” (Promotor 4)”

“Porque homem, numa relação, por mais que você tenha um parceiro que se cuide também, você tem que se cuidar, porque ninguém vai cuidar por você (...) Até responsabilidade de criar (...) recai mais sobre a mãe. Porque é o corpo da mulher que tá em envolvido.” (Enfermeira 5)

“Mais a mulher, porque a mulher tem, eu creio que a mulher tem mais autocuidado, mais a precaução, o homem não. Tipo aquela coisa eu não sei se é tipo aquela coisa engravidou, quem vai engravidar é ela ,não sou eu, tá entendendo? Eu creio que é mais a mulher que tem o autocuidado.” (Enfermeiro 7).

A problemática do aborto é complexa e repleta de contradições e dúvidas. Suas causas são de natureza múltipla, e têm inúmeras implicações, conforme ressaltado pelos participantes. Uma delas, e talvez a mais grave, é o risco engendrado pela clandestinidade, a qual tem repercussões negativas na saúde das mulheres, reforçando a desigualdade social, como será discutido na próxima subcategoria.

A subcategoria denominada *Riscos à saúde da mulher* abarcou os discursos dos profissionais sobre as consequências, tanto físicas quanto psicológicas, de um aborto

provocado. Sobre as questões psicológicas, os profissionais destacaram que a escolha pelo aborto não se dá de forma fácil e que, quando esta é tomada, sua própria efetivação já funciona como uma punição, acarretando numa “ferida psicológica” à mulher.

“(...) mulher nenhuma, por mais desprovida assim de um sentimento, de um, de mãe, ela toma uma decisão de abortar muito fácil não (...) não é uma decisão fácil, até mesmo pelo sofrimento que ela passa.” (Juíza 1)

“(...) ela já foi penalizada, porque uma gravidez indesejada e todas as consequências que isso traz pra ela, principalmente a questão na área de honra.” (Promotor 4)

“Quando ela provoca, além de transtornada, ela tá sofrida demais, sofrida emocionalmente, psicologicamente de uma maneira que ninguém sabe, você não pode nem quantificar aquele sofrimento, o sofrimento dela triplica quando ela provoca porque ela tá arrependida ali, ela tá fazendo aquilo ali porque não tem mais jeito (...). Eu acho que a punição dela já tá naquele momento que ela tomou essa decisão, já tá punida pela consciência dela (Médico 1)

“Uma pessoa que provoca o aborto não fica completamente bem, traz sequelas físicas e psicológicas.” (Enfermeira 3)

“Punida ela já é. Porque uma mulher que pratica o aborto já fica com sequelas psicológicas, emocionais. Então ela já é punida a partir daí” (Psicóloga 1)

“Acho que a mulher que aborta fica com uma ferida psicológica, não sei se poderia dizer assim.” (Médica, 5)

Em sua dissertação sobre a experiência de cinco mulheres que provocaram aborto, Rebouças (2010) observou no depoimento de suas participantes a caracterização do aborto enquanto uma experiência dolorosa, sofrida e conflituosa, devido a fato de se confrontar com valores morais e religiosos arraigados e, sobretudo, por ir de encontro ao que a sociedade estabelece como sendo o principal papel da mulher, a maternidade. Ficou claro também nas falas das entrevistadas que o sofrimento é decorrente especificamente do medo dessas mulheres da própria morte e das prováveis sequelas em si mesmas e, especialmente, nos filhos, caso o aborto seja malsucedido e resulte em alguma anomalia, fato este que motivou ainda mais a decisão de ir

adiante com a interrupção. Ao mesmo tempo, declararam sentir um sentimento de culpa e dívida para com seus valores morais e religiosos, acreditando, portanto, que serão e deverão ser castigadas. Nesse sentido, ressalta-se que os problemas psicoemocionais podem se apresentar antes ou após o procedimento.

Quando a mulher chega aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Em regra, elas relatam as queixas físicas, demandando solução, mas silenciam acerca das suas vivências e sentimentos. Trata-se de um momento complicado, no qual ela pode vivenciar sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Tudo isso se mistura no momento da tomada de decisão pela interrupção, no entanto, para a maioria das mulheres, na ocasião do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio. (Brasil, 2005).

Quanto às consequências físicas, os participantes afirmaram que se o procedimento for feito de maneira insegura, pode acarretar sérios danos à saúde da mulher, por expô-las ao risco acentuado:

“E como no Brasil também não se permite esse aborto social, econômico, não há essa permissão, aí eu acho que muitas delas procuram essas clínicas de fundo de quintal pra realizar esse aborto (...). Não tem assistência médica, quando você passa por um procedimento cirúrgico e não tem assistência médica nenhuma, você corre um grave risco, além disso, infecção. O risco é altíssimo aí nessas situações. (Promotor 3)

“(...) A medicina já comprovou que o aborto feito fora dos procedimentos legais ele pode causar sérias complicações ao organismo feminino, desde prejuízo ao colo do útero, com curetagem mal feita, com a ingestão de medicamentos que venham causar efeitos colaterais, até mesmo a morte, então é possível sim.” (Promotor 1)

“(...) ela corre risco de morrer, de ficar sem poder gerar outro filho, esterilidade, ela sofre uma série de mazelas, nessa questão da clandestinidade.” (Promotora 6)

é a questão do clandestino que chega a acontecer muitas mortes tanto da mãe quanto do feto, por conta de ter feito de uma maneira errônea, de uma maneira sem nenhuma assepsia, sem nenhum cuidado, sem nenhuma coisa assim técnica. Não existe a questão técnica de fazê-lo. Faz clandestinamente e muitas vezes você vê uma vida ceifada.” (Médico 1)

“(…) terminam ficando na clandestinidade, se expondo, e aí o índice de mortalidade elevada, elas terminam chegando aqui, já pra fazer uma curetagem, entendeu? Já comprometidas, porque perderam, tão com hemorragia, já num estado, então chegam aqui já, eu não sei exatamente o quantitativo de curetagens, eu não me recordo, mas eu sei que é muito elevado aqui.” (Psicóloga 3)

“Ela pode adquirir uma infecção e até a morte. Porque só o fato de ela passar por essa situação, ela já está com a dignidade dela ferida (...) É um risco porque na maioria elas chegam com um quadro infeccioso, tem que tratar. Não deixa de ser um risco para elas essa prática do aborto em casa. Porque elas usam vários métodos, o mais comum é o Citotec, que é o misoprostol.” (Psicóloga 1)

Analisando-se a distribuição do aborto seguro e inseguro no mundo, depara-se com uma grande desigualdade. Devido à legislação nos países desenvolvidos ser mais liberal quanto ao aborto provocado, a maioria dos abortos que acontecem em seus territórios é seguro. Entretanto, nos países em desenvolvimento, cuja maioria possui legislações restritivas, como no Brasil, o aborto é realizado de forma insegura: África (5,5 milhões), Ásia (9,8 milhões), América Latina e Caribe (3,9 milhões) (WHO, 2007).

Em 2003 morreram cerca de 66.500 mil mulheres devido ao aborto. Embora a consequência mais grave do aborto inseguro seja a morte materna, não se pode esquecer, como bem apontaram os participantes deste estudo, que a morbidade é milhares de vezes mais frequente. Calcula-se que entre 10% e 50% das mulheres que se submetem a um aborto inseguro têm complicações como aborto incompleto, lesão cervical, perfuração uterina, febre, infertilidade, enfermidade inflamatória pélvica, dor pélvica crônica e transtornos psicoafetivos, levando, por fim, à morte (WHO, 2007).

Conforme apontado pelos profissionais desta pesquisa, os danos causados pelo aborto praticado em condições precárias e na clandestinidade afetam mais as mulheres das classes menos favorecidas.

“eu vejo que as mulheres que não têm condições financeiras recorrem a meios extremamente rudimentares (...), e obviamente, uma mulher que tem condições financeiras, ela vai utilizar de um meio, através do qual venha a atingir o menos possível o seu organismo e o seu corpo. (...) infelizmente, em razão desse abismo social, que existe em nosso país, os meios utilizados por mulheres com condições financeiras e as mulheres sem condições são, geralmente, bem diversos.” (Promotor 1)

“(...) porque uma pessoa com condições pratica o aborto nas melhores clínicas (...) foi só um examezinho de rotina e sai ali, ninguém sabe e tal. E o pobre não, o pobre vai, coitado, pro fundo da casa ou pra dentro, toma chá, introduz alguma coisa, elas mesmas, ou então com a ajuda de outras pessoas e é por isso que eu digo que o aborto ele deve ser tratado como uma questão de saúde pública porque atinge as classes mais baixas. A classe que está morrendo vitimada por abortos feitos em fundo de quintal são justamente os pobres.” (Juíza 1)

“As mulheres que têm menores condições elas estão passando muito maior vulnerabilidade e risco também, porque elas recorrem mais a clínicas clandestinas, elas buscam, elas mesmas, métodos às vezes que até chocam” (Psicóloga 3)

“A de classe socioeconômica baixa ela procura, ela procura a si própria se automedicar. A de classe média, a de classe média alta ela procura um médico, ela procura uma orientação. A de classe média baixa, socioeconômica baixa ela procura de toda forma tomar um chá é, usar uma medicação que não sabe lá o que, uma medicação para estômago, uma medicação que não tem nada a ver, procura fazer alguma extravagância, alguma coisa para perder o bebê, perder o feto. E a de classe média alta com certeza ela vai procurar uma orientação, uma orientação de quem tem o conhecimento para lhe dar.” (Enfermeiro 7)

O aborto inseguro, conforme já discutido, é uma das principais causas de morte materna por etiologia hemorrágica e/ou infecciosa. No entanto, todas essas mortes poderiam ser evitadas se ao invés de praticados na clandestinidade, fossem abortos seguros. Nos lugares com leis restritivas ao aborto, as mulheres pertencentes às classes mais abastadas têm comumente acesso a abortos seguros no mercado ilegal; diversamente, as mulheres que morrem por aborto inseguro sempre foram, são e serão as mais pobres, o que faz com que essa temática tenha um tom de injustiça social (Rodríguez, 2009).

No artigo de Diniz e Medeiros (2010) sobre os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), a qual utilizou a técnica de urna e questionários preenchidos por entrevistadoras a fim de levantar dados acerca do aborto no Brasil urbano em uma amostra

estratificada de 2.002 mulheres alfabetizadas com idades entre 18 e 39 anos em 2010, verificou que ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres já terá provocado aborto no Brasil. Metade das participantes alegou ter feito uso de medicamentos para a indução do último aborto. Tendo em vista que a maioria das mulheres é de baixa escolaridade, é possível que para a outra metade, que não fez uso de medicamentos, o aborto tenha sido realizado em condições precárias de saúde. Essa prática se revela enquanto uma expressão das desigualdades sociais. Não obstante as mulheres compartilhem a mesma situação de ilegalidade, suas trajetórias de intervenção são distintas, podendo apenas uma minoria delas arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maioria da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que podem acarretar em morbimortalidades (Brasil, 2005).

Diante desse quadro, enquanto se discute o aborto sob seu aspecto moral, jurídico, político e ideológico, é necessário que sejam adotadas, precipuamente, políticas públicas sanitárias concretas e eficientes para ao menos transformar o “aborto inseguro” em “aborto de menor risco”, conforme sublinhado por Torres (2009). Nesse sentido, os participantes deste estudo apresentaram suas sugestões para reduzir os riscos e danos decorrentes dessa prática, as quais serão apresentadas na categoria seguinte.

4.2.2.4 – Propostas de enfrentamento

Entende-se que se uma mulher está decidida à prática do aborto, ela irá encontrar meios para efetivá-lo. Geralmente, esta se dá de forma insegura, acarretando em risco acentuado para saúde e vida. Diante dessa situação, como o Estado pode intervir para reduzir os danos causados pelo aborto? Será que se as mulheres recebessem orientação, assistência no decorrer do processo de decisão ou não pelo aborto, não poderia se prevenir demais práticas de aborto? O que seria reduzir danos quando se trata da prática do aborto? Seria descriminalizá-la e, dessa forma, permitir que essas mulheres tenham uma assistência integral

à sua saúde? Seria apenas dar assistência às mulheres que já tenham provocado aborto por conta própria, de forma insegura, através de procedimentos de curetagem, por exemplo, como já vem sendo feito pelo Brasil? Seria incentivar que essas mulheres tenham seus filhos e depois os coloquem à adoção? As questões são múltiplas, bem como o posicionamento, os quais são perpassados por crença de natureza diversa.

Perante uma gravidez não desejada, a mulher pode optar por três alternativas diferentes: a) continuar com a gravidez e ficar com o recém-nascido; colocar o recém-nascido para adoção, ou c) interromper a gravidez. A imposição de lavar uma gestação adiante pode acarretar numa “criação não-desejada”: “o suicídio, o infanticídio, o maltrato, a violência, o abandono e a exploração infantil” (Briozzo et al, 2009b, p. 65). Nesse sentido, o Estado deve respeitar a decisão da mulher, dando uma atenção integral à sua saúde, mesmo que seja em meio à ilegalidade, conforme propõe a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005). São justamente essas propostas de enfrentamento ao aborto provocado que emergiram na subcategoria *Educação e políticas públicas*. Nesta, os participantes ressaltaram a importância das campanhas de educação sexual, dos programas de adoção, da assistência social e psicológica, bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização do aborto, conforme discutido na categoria *Atitude*, a possibilidade de um aborto seguro a fim de reduzir os riscos e danos dessa prática.

Em relação às campanhas de educação sexual, os participantes, de ambas as classes profissionais, enfatizaram a importância de conscientização da população, sobretudo dos jovens e adolescentes, através de ações educativas e preventivas por parte tanto da escola quanto da família, e não a sua descriminalização. Além disso, foi ressaltada a omissão do Estado quanto à temática em questão.

“(...) eu acho que o aborto ele tem que ser tratado como questão de saúde pública nas escolas, as consequências, o que vem a acarretar quando se pratica um aborto, o que vem a acarretar não só para o feto como para a pessoa que está ali,

as consequências, porque ela vai ficar marcada o resto da vida, ela pode inclusive ter a morte (...) eu acho que o governo ele teria que entrar mais a fundo nas escolas e ampliar essa discussão. Porque hoje o índice maior de aborto é em adolescentes (...) Os adolescentes parecem que estão muito alheios a realidade do que vem a ser um aborto. Então eu acho que é preciso que o governo abra bem essa questão para a realidade de que esta sendo feito aí milhares de aborto ao dia. E assim, eu não digo legalizar. (Juíza 1)

“(...) o aborto ele poderia ser tratado mais de forma social, com campanhas, com trabalhos de assistentes sociais, com as famílias, um trabalho na própria família realmente, do que propriamente colocaria como crime. Porque o que interessa pra gente e fazer a prevenção desse tipo de caso, de adolescente (...) o trabalho que poderia pensar era preventivo e não a questão da reprimenda (...). Começa da família, saber conversar com seus filhos e orientar. Começa também na escola, faculdade também era pra ter sempre um trabalho nesse sentido pra prevenir a gravidez não desejada, ou se engravidasse, saber fazer um acompanhamento. Ao Estado como um todo, fazer trabalhos de campanhas, trabalhos de conscientização, trabalhos naquelas mães que estão gestantes e que não querem esta gestação.” (Promotora 5)

“Se a falta de informação leva à maternidade irresponsável e à paternidade também, porque aí tem dois lados, poderia ter política pública para isso aqui. Não é permitir o aborto, mas evitar que engravidasse, laqueaduras tanto pra homem quanto pra mulher (...). Não é permitindo o aborto que você vai combater a maternidade irresponsável, é prevenindo e se previne pela laqueadura. (...) Uma das piores consequências é a gente esconder o problema, há esse problema, então ele deve ser enfrentado. Eu digo que a forma de enfrentar que eu escolho é pela educação, e não pela liberação, a liberação do aborto não seria, para mim, a melhor solução.” (Promotor 4)

“É porque quando o Estado não se sente pressionado a alguma coisa, o Estado quase não age. o Estado não se sente pressionado em relação ao aborto porque aborto é feito escondido, então ninguém pressiona e o estado não está nem aí para isso. Deveria fazer? Lógico que deveria, deveria conscientizar, deveria fazer campanha” (Juiz 3)

“Eu acho que ao invés de legalizar devia ser mais instruída essas meninas, devia ter uma aula no colégio, quando fosse começar a entrar na atividade sexual era pra ter uma aula só sobre aborto, o que é aborto, aparecer os fetos, era pra ser bem, era pra chocar mesmo, pra chocar, mas cadê? Elas não têm uma idéia do que seja, do que elas estão fazendo não. Eu acho que devia não legalizar, mas dá uma orientação mais, mais focada no que é mesmo aborto, pra essas meninas devia ser, pras meninas e pros meninos também (...) orientar essas meninas, começar de baixo se não tem educação familiar que pelo menos tenha uma escola, tenham oficinas que incentivem elas de alguma maneira a aprender. (...). A sociedade em geral. Não vamos estar só culpando aquela menina” (Enfermeira 1)

“Fazer campanhas nos meios de comunicação em massa, palestras nas escolas, incentivar não a prática, do mesmo jeito que eles estão fazendo uma campanha

em prol do homossexualismo, deveriam fazer isso que é um grande problema e (...) uma causa muito importante de morte materna.” (Médica Sandra 3)

Esses discursos remetem para os direitos sexuais e reprodutivos, cuja natureza abrange direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, à liberdade e à segurança, à informação e educação, dentre outros, além do direito à informação e confidencialidade das informações prestadas pelos profissionais, tendo como fonte as leis internacionais e nacionais, bem como outras normas regulamentadoras que formulam políticas públicas de saúde, educação, etc. Na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos, discute-se o planejamento familiar e o amplo acesso aos métodos contraceptivos, políticas essenciais para a prevenção da gravidez não planejada e/ou não desejada, direitos esses tutelados pela constituição e regulamentados por legislações infraconstitucionais (Ventura, 2009).

Para a eficácia do planejamento familiar faz-se necessário o conhecimento dos métodos contraceptivos que são mais adequados ao seu comportamento sexual e saúde, a forma correta de usá-los, o treinamento dos profissionais de saúde, a disponibilidade e acesso a esses métodos na rede de saúde pública, etc. (Vieira et. al, 2002). Entretanto, tais serviços apresentam têm apresentado falhas (Penaforte et al., 2010), fazendo com que a informação e o acesso aos métodos sejam insuficientes para a segurança de uma gravidez não planejada, bem como para mudança de atitude das mulheres frente à prevenção. Além disso, a escola, tida como uma das principais responsáveis pela educação sexual dos adolescentes, não tem assumido efetivamente essa tarefa (Faganello Madureira & Weber, 2011).

Nesse sentido, observa-se a urgência em se implementar políticas públicas voltadas para a educação sexual e preventiva. Conforme ressaltaram Briozzo et al. (2009a, p. 49), “as características gerais da contracepção devem ser universal, segura, acessível e com todas as opções para as usuárias/os, a fim de evitar gravidezes não-desejadas”. É direito de toda mulher controlar todos os aspectos de sua saúde, em especial, sua própria fertilidade,

garantindo seu “empoderamento” e autonomia, baseando-se nos princípios bioéticos. No entanto, sabe-se das desigualdades em relação aos papéis atribuídos aos gêneros na vivência de suas sexualidades (Wiese & Saldanha, 2011), sobretudo no que concerne à prevenção de uma gravidez não desejada. Geralmente, essa responsabilidade recai sobre as mulheres. A violência de gênero é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo atual.

Mesmo que os direitos sexuais e reprodutivos fossem garantidos amplamente às pessoas, homens e mulheres, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) pondera que embora todos aqueles que usam métodos contraceptivos o fizessem corretamente o tempo todo, existiriam cerca de 6 milhões de gravidezes acidentais por ano. Nesse sentido, mesmo com altos índices de uso de métodos anticoncepcionais, as gravidezes indesejadas aconteceriam, e muitas mulheres, provavelmente, buscariam finalizá-las recorrendo ao aborto.

As políticas de educação sexual de forma geral, que visam garantir os direitos sexuais e reprodutivos através do planejamento familiar, dentre outros, são preventivas. Mas, diante os dados da OMS, o que poderia ser feito frente às falhas contraceptivas, seja pela própria ineficácia do método utilizado, pela atitude pessoal não preventiva ou pelo déficit nos programas de planejamento familiar? Nesse sentido, os participantes apresentaram três alternativas para as situações de gravidez consumada indesejada: assistência social e psicológica, a adoção e o aborto seguro.

No tocante à assistência social e psicológica, os profissionais destacaram ser importante o auxílio tanto material quanto psicológico para que essas mulheres levem suas gestações adiante, através de programas que as acolham. No entanto, geralmente estas recorrem aos serviços em situações de abortamento, e não previamente, visto que se tem apenas uma regulamentação para casos de mulheres já em processo de interrupção (Brasil, 2005) e não para assistência prévia, isto é, o atendimento à gravidez indesejada. Nesse sentido, não se tem uma política pública consolidada e amplamente divulgada voltada para o

atendimento e a assistência de mulheres cujas gravidezes não são desejadas e que estão em processo de decisão no sentido de interromper ou não.

“(...) então seria mesmo o Estado chegar nessa mulher, e ver, de repente, ela tá grávida, mas de repente ela sabendo que vai ser amparada, ela nem busca o aborto, ela decide pela vida e decide fazer com que essa criança viva, eu acho que falta, assim, um acompanhamento social dessas mulheres hoje (...) às vezes falta conhecimento das próprias mulheres sobre esses órgãos, devia haver uma maior difusão disso (...) a mulher ainda tá muito indecisa, às vezes ela quer tomar aquela decisão e fica envergonhada e não quer buscar ajuda. Então eu acho que tem que haver realmente uma difusão (...) de forma que essa mulher se sinta amparada (...). Se isso está sendo feito, eu acho que ainda é muito assim, muito aquém.” (Promotora 6)

“Acredito que apoio psicológico sempre (...) uma coisa que funciona muito na minha cidade é o apoio psicológico de determinados segmentos do Estado, de planos e projetos, do tipo (...) que atende vítimas de abuso sexual de forma geral. Então, eu acho que poderia ser talvez ampliado, ampliado para lidar com esse tipo de pessoas com gravidez indesejáveis (...) acho que tanto pra tornar a vida intrauterina do feto quanto psicologicamente dar um apoio necessário à mãe que mesmo que planeje doar seu filho, que não o queira, eu acho que deveria fazer um apoio psicológico melhor, de centros.” (Juiz 4)

“(...) o trabalho que poderia ser feito por parte do Estado é fazer um acompanhamento psicológico, principalmente, com a mãe, com o pai, com os avós no sentido de orientar essa pessoa, juntamente com o trabalho de um assistente social, um pedagogo, também professores da escola.” (Promotor 2)

“Eu acho que são esses próprios programas sociais que podem até ser antecipados, pela questão de dar um auxílio à mulher também que vai ter (...) Você vê aí a questão do bolsa família, do PETI, que as mães fazem o possível pra criança tá estudando, às vezes porque tá ganhando um bolsa família. Então são todos esses programas sociais, eles com certeza têm um forte fator (...) que podem auxiliar bastante na diminuição do número de casos de aborto” (Promotor 3)

Alguns profissionais de saúde ressaltaram a importância de um apoio no sentido de dissuadir às mulheres a decidir pelo aborto. Para eles, esse seria o papel dos profissionais frente a uma gravidez indesejada. Caso não conseguissem convencer a gestante nesse sentido, que esta procurasse por si só a melhor forma de resolver esse impasse, conforme ressaltou a Psicóloga 1.

“Os hospitais não podem abrir assim também a prática do aborto seguro. O nosso papel é incentivar para que ela tenha o filho, e não abortar. (...) Tem os casos aqui que ela já provocou em casa e chega na situação do aborto mesmo, aí

o nosso papel é acolher, é dar assistência (...) escuta-la, apoiá-la, orientá-la, aí ela vai ficar livre para decidir. Aí se ela pratica clandestinamente, aí vai ser um problema dela.” (Psicóloga 1)

“(...) se uma mulher tiver um apoio moral, ela não tira esse menino (...) chamar a família para conversar, que uma vida é uma coisa muito importante, quem sabe no final das contas você não vai ficar tão feliz com essa criança (...). Então eu acho que a gente tem que fazer tudo isso pra tentar reverter esse quadro.” (Médico 1)

Acho que não é pra autorizar e nem incentivar não. Muito pelo contrário, era pra ter um apoio psicológico pra tentar mudar esta decisão dela, que não tem” (Médica 3)

“A gente tem também que olhar pra aquela mulher que tá cuidando do bebê, (...) e ajuda-la a ter a consciência pra poder criar a criança (...) trabalharia pra que de alguma forma ela mudasse de opinião (...) Eu ia fazer de tudo e explicar todas as partes, as desvantagens do aborto, porque eu acho que o aborto não tem nenhuma vantagem, então eu ia mostrar pra ela todas essas desvantagens do aborto.” (Enfermeira 4)

Observam-se claramente como as crenças contrárias à descriminalização do aborto influenciam na atuação desses profissionais quanto a essa problemática. Entretanto, o referido posicionamento fere os princípios da beneficência e não maleficência, os quais, segundo Briozzo et al. (2009a, p. 18), preveem que “quem deve decidir o que corresponde ao melhor para o/a paciente, é justamente o/a paciente (...) de acordo com o que ele ou ela, segundo suas preferências e valores, considere benefício”, bem como o princípio da autonomia, o qual equivale ao conceito de liberdade moral de uma pessoa, supondo congruência com seus planos de vida e de escolha, sendo vivenciados sem coerção. Embora a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento não faça referência a uma assistência prévia à tomada de decisão pela interrupção da gravidez (Brasil, 2005, p. 16), ela ressalta, comentando o princípio bioético da justiça, que “o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher”.

No sentido de um acolhimento para lidar com gravidezes indesejadas, previamente à situação de aborto, foi instituída, na cidade de Campinas/SP, a Lei municipal nº 13.481 de 3

de dezembro de 2008. Esta visa regulamentar um serviço que, dentre outros, objetiva, conforme art. 2º, I: “Oferecer acolhimento e atenção integral e multidisciplinar em saúde ao casal – ou a um dos seus membros – em situação de gestação não planejada e indesejada, pautados na empatia, neutralidade, cientificidade e respeito à diversidade”, e inciso II: “Propiciar um espaço de reflexão e diálogo, que possibilite uma apropriação mais consciente de situação e reconhecimento da rede de apoio existente”. Não se trata de dissuadir a mulher da sua decisão pela interrupção, conforme sugeriram os profissionais entrevistados, nem muito menos ensiná-la a abortar, mas acolhê-la nesse momento e orientá-la de acordo com sua escolha. Observa-se a importância de implementação de políticas públicas nesse sentido, pois, conforme ressaltado pelos participantes na subcategoria *Causas*, referente à categoria *Aspectos biopsicossociais*, um dos motivos que levam à provocação de um aborto é justamente a falta de apoio e assistência tanto do companheiro quanto da família, bem como dos serviços.

Outra estratégia de enfrentamento ao aborto provocado, pensada pelos profissionais de ambas as classes profissionais, foi a adoção. Todas são alternativas ao aborto, no sentido de coibir sua prática, a partir também da assistência, seja psicológica ou financeira, voltada para a permanência da gestação:

“É uma atuação constituída por sociedade, família e estado, onde o Estado, na campanha preventiva, ele informa, mas uma vez estando grávida, deva acolher aquela jovem cidadã que se encontra grávida, e não quer essa criança, para que no momento oportuno, essa criança seja colocada em adoção, mas nunca retirar a vida (...) oferecendo a essa jovem um tratamento psicológico, com assistentes sociais, com psicólogos, para que ela realmente reflita sobre a nova realidade com a qual ela se deparará, e realmente tome a decisão, com o pé no chão, de maneira correta acerca ou não de ficar com seu filho. (...) se, infelizmente, não puder vir a criar esta criança, que ela submeta a criação à adoção, para que outras pessoas possam criá-las devidamente.” (Promotor 1)

“(...) deveria haver assistência social pra que essa mulher fosse atendida, psicológica, para ter uma decisão realmente de forma mais clara e se ela não quiser ter filho, que ela entregue pra adoção, nas entidades legais (...) esses órgãos de atendimento e acompanhamento de mulher, poderia encaminhá-la,

seria encaminhar pra adoção, buscar assistência do governo, (...) de forma que a mulher não tem que ta traumatizada” (Promotora 6)

“(...) Eu acho que o Estado deve fazer toda a parte do pré-atendimento, durante a gravidez todo o apoio, inclusive com assistência médica, assistência financeira à mulher, até o parto e aí o Estado ficar com a criança e colocar em adoção. A forma como eu vejo, mais adequada pela legislação que nós temos hoje é essa, não proporcionar a ela meios para o aborto, essa aí não é a solução porque se a gente liberar o aborto, por uma falta de educação, a gente não sabe o que vai acontecer. (...) A colocação em família substituta, a guarda e a adoção são instrumentos devidamente regulados pelo estatuto da criança e do adolescente que resolveria a questão, (...) Precisa ter essa informação (...) maior consciência na informação e educação, de as pessoas saberem “bom, eu tenho esse caminho, tenho aquela alternativa”, e aí sim a mulher vai decidir. Se ela falhou na primeira decisão, ela pode ter uma decisão correta agora, “eu não crio o filho, tudo bem, mas não mato”. (Promotor 4)

“(...) que ela tivesse o bebê e se ela não quisesse, pós-parto, doasse! Tanta gente quer! Tanta gente quer adotar! Tanta gente quer ter filho e não pode. Então mesmo independente de uma gestação, como seja, que ela doasse o filho, que ela esperasse uma gestação normal, porque pra ser mal tratado, é melhor ela doar o bebê.” (Enfermeira 5)

“Existem centros pra doações. Depois que nasce ela doasse (...) Deveria lidar com orientações, que existem lugares que ela possa ser atendida com orientação psicológica, psicossocial, onde ela vai ser orientada e vai receber orientação de como gerar essa criança e no final da gestação ela vai poder doar essa criança para pessoas que queriam criar e não abortar (...). Isso não acontece. Que eu presenciei não. Mas acho que deveria ser dessa forma.” (Enfermeiro 6)

“Agora logicamente tem que questões que e se falhar o anticoncepcional (...) você tem que criar meios para dar uma assistência a essa pessoa. O que é? Encontrar uma família pra dar o filho se a pessoa não tiver condições, se não quiser de jeito nenhum, e tem gente assim querendo o filho (...). Uma solução muito boa, excelente (...). É um ato fantástico você dar um filho e o outro criar.” (Médico 1)

Caso o contraceptivo ou a atitude frente à prevenção não seja eficaz, os profissionais sugeriram que as mulheres devem receber assistência no sentido levar a gestação a termo e colocar a criança à adoção. Desse modo, e em virtude do número significativo de abandonos de recém-nascidos, foi sugerido na câmara dos deputados o projeto de lei (PL) 2747/08 do “parto anônimo”, o qual se encontra arquivado, seguido por outro semelhante, PL 3220/08, endossado pelo IBDFAM. Trata-se de um instituto que visa garantir que a criança não

desejada pela mãe possa nascer e ter uma família e que a mãe tenha o direito ao anonimato e a não formação do vínculo materno-filial (Albuquerque, 2007, como citado em Oliveira, 2008). Entretanto, critica-se esse modelo porque, dentre outros, remete à roda dos expostos e as crianças ficariam abandonadas em instituições sem estrutura para recebê-las. Ressalta-se, ainda, a falta de estrutura das instituições, juizados e hospitais para atender essa demanda (Fonseca, 2009). Por outro lado, tem-se que considerar a decisão da mulher, visto que levar uma gestação indesejada por 9 meses pode ter consequências negativas tanto para ela quanto para o nascituro.

Desse modo, respeitando-se a autonomia da mulher, os profissionais de saúde que se mostraram favoráveis à descriminalização do aborto na categoria *Atitudes* sugeriram o aborto seguro como uma forma de reduzir os riscos e danos causados pelo aborto inseguro. Tais propostas assemelham-se ao projeto Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco (ISCAPCR), descrito por Briozzo et al. (2009a), cujo objetivo é passar de aborto clandestino a um cenário com proteção institucional, de uma situação humilhante a uma situação de respeito à mulher, prevenindo, além do abuso e exploração próprios de situações ilícitas, as frequentes complicações decorrentes do aborto inseguro, incluindo a mortalidade materna. Briozzo et al. (2009b) salientaram que o aborto tem um “antes” e um “depois”. Nesse sentido, é necessário que essa mulher possa ser acolhida “antes” do aborto, sendo orientada sobre as alternativas que pode adotar frente a uma situação de gravidez indesejada, os riscos do aborto, a possibilidade de adoção, e, inclusive, conforme demonstraram os profissionais cujos discursos estão descritos abaixo, a possibilidade de um aborto seguro, se assim o previsse a legislação brasileira:

“(...) foi irresponsável naquela hora, mas pode até ser que depois dela receber o apoio com o psicólogo, com assistente social, pode até ser que... Aí é uma maneira de ela entrar em contato com essas profissionais, se ela tiver essa condição de se dirigir a um hospital e saber que vai ser acolhida. Porque se ela não for vítima, ela não tem nem coragem de chegar ao hospital e pedir pra fazer

o aborto. Então ela não vai ter acesso a esses profissionais pra poder orientá-la (...). Eu acho que se fosse governante, Acho que antes eu daria assim um local para elas serem acolhidas, pra pelo menos eles serem ouvidas antes de fazer. (...) eu acho que o acolhimento é a coisa mais importante.” (Médica 4)

“No momento em que o aborto for legalizado em determinados estágios (...) se criar alguns dispositivos pra que essas mulheres possam ser assistidas, atendidas, ter uma equipe multidisciplinar, pela psicologia, pelo serviço social, buscando trabalhos da rede, pelo atendimento público, médico (...) que ela pudesse ser feito de uma forma legalizada (...) quando chegam aqui é já com consequências, pra fazer uma curetagem, já mais comprometidas, e isso são as que chegam, fora as que nem chegam, porque de repente pode ter ido a óbito, então, não adianta tapar o sol com a peneira (...). Pelo menos se tivesse uma assistência, essa mulher que tá em dúvida, que ela pudesse ter uma assistência maior, pra se buscar esses recursos na rede, buscar outras alternativas, antes de se tomar, realmente, essa decisão, e se realmente ela tomar essa decisão, que pudesse ser de uma forma mais segura.” (Psicóloga 3)

“Se existissem orientações mais específicas e se existissem também uma política pública organizada nada disso teria, esses números e números de abortos acontecendo clandestinamente, sem uma orientação, sem um acolhimento e sem nenhum apoio para esta usuária que chega em uma clínica (...) até mesmo a morte dela (...), se melhorasse pra o bem estar da saúde dessa mulher, de ela não procurar uma clínica clandestina, procurar uma instituição que acolhesse ela. Pelo menos esta mãe, esta usuária ela chega a uma instituição, ela já está sendo acolhida e bem tratada, e se acontecer alguma coisa de mais séria, ela tem todo um recurso, uma instituição especializada nessa área. Uma clínica clandestina muitas vezes não tem recurso (...) Elas veriam assim: será que realmente eu preciso fazer isso? Se existisse uma equipe para (...) dar um apoio, um acolhimento específico, elas iriam ver e rever, ver e rever uma situação e dizer assim: é necessário fazer isso realmente? Se houvesse, digo mais uma vez, uma política pública organizada para acolher essas usuárias não existiria inúmeros e inúmeros casos de abortos (Psicóloga 2)

As legislações mais liberais, que se acompanham de políticas educativas em saúde e direitos sexuais e reprodutivos, tendem a diminuir o número de abortos provocados (Bengiano & Pera, 2000). Dessa forma, observa-se que os abortos inseguros ocorrem em países onde as leis são restritivas ao procedimento (Brasil, 2005). Essa restrição apenas reforça a tese de que a ilegalidade tem resultados negativos na saúde das mulheres, pouco reduz a prática e alimenta a desigualdade social, visto que o risco causado pela clandestinidade do aborto afeta, sobretudo, as mulheres pobres, as quais não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (Brasil, 2005; Diniz & Medeiros, 2010; Rodríguez, 2009).

Um dos princípios centrais das estratégias de redução de riscos e danos é o respeito à decisão do usuário, tanto em contextos de legalidade ou ilegalidade. Nesse sentido, deve-se oferecer a toda mulher em situação de aborto a assistência antes de fazê-lo, procurando alternativas para a interrupção da gravidez ou à prática do aborto de forma menos perigosa, caso a decisão nesse sentido esteja tomada. Após o aborto, deve ser prestada toda uma orientação e administrados métodos contraceptivos imediatos. A usuária deve ser tratada de forma a se evitar o estigma e a exclusão, visando sempre minimizar os extremos de violência institucional (Briozzo et al., 2009a; Torres, 2009; Vidiella, 2009).

Todavia, observou-se que os discursos dos participantes deste estudo, especificamente nos da área de saúde, estavam imbuídos de práticas e julgamentos indicadores de uma violência institucional e/ou social.

“Eu julgo mesmo. É uma assassina. Eu digo mesmo assim, brincando, né? porque eu não posso falar sério: ‘não revirou os zoinhos e não se precaveu, né?’ A outra lá diz assim: ‘ajuda ela, a dor dela’. Eu digo desse jeito: ‘aqui é o hospital amigo da criança.’ Eu digo mesmo, isso é uma irresponsável, uma irresponsável.” (Enfermeira 1)

“Chegou uma aqui, eu ri tanto, assim eu não ri, eu ri aqui com as meninas, as pacientes tudo rindo, ela chegou doidona, drogada porque ela tinha tomado, chegou descalça, drogada, drogada mesmo. Quer dizer, a maconha é química, ela usou, fez o chá da semente e abortou o menino” (Enfermeiro 7)

“(...) do mesmo jeito que estou dizendo a você, que eles não usam o dispositivo legal, eu digo a você que a sociedade utiliza outros dispositivos. Talvez na família a fofoca, o desdém, nas instituições públicas de saúde alguns dispositivos (...) eticamente incorretos, porque é o juízo de valor que está mudando, que está sendo utilizado como base para decidir a quem eu vou dar assistência. (...) algumas atitudes que de certa forma é criminalizam socialmente aquela mulher, ou alguma demonstração daquele grupo social que não aceita a interrupção daquele conceito.” (Médico 2)

“Todo mundo condena. Todos nós já julgamos quando damos entrada aqui. (...) Tem gente aqui que diz: “por que você fez isso? Você é louca?” (...) Tá certo não! É um direito dela. A curetagem é uma terceira violência. Colocam um monte de coisa nela. A mulher já foi violentada. Tem que ter o bebê por que? Não. Que é isso?!! Tem umas que querem tirar logo: “to com nojo dele!” (...) Muitas vezes nós profissionais não estamos muito preparados, porque (...) a primeira coisa que

fazemos é apontar e julgar (...) E que isso muitas vezes já uma própria agressão, uma agressão moral, uma agressão não é física, mas é moral, psicológica.” (Psicóloga 2)

“Chegou uma aqui, eu ri tanto, assim eu não ri, eu ri aqui com as meninas, as pacientes tudo rindo, ela chegou doidona, drogada porque ela tinha tomado, chegou descalça, drogada, drogada mesmo. Quer dizer, a maconha é química, ela usou, fez o chá da semente e abortou o menino” (Enfermeiro 7)

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto (Brasil, 2005, p.18), preconiza que “ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações”. Entretanto, tratar do aborto significa penetrar num campo polêmico que movimenta os sentimentos mais íntimos, crenças, valores e vivências, e embora se tenha normatizações para a atitude profissional frente a esse tema, sabe-se que esta prática não é fácil (Balbinot, 2002), visto que muitos cursos de graduação e formação em serviço não têm propiciado dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional; não preparando os profissionais para lidar com os sentimentos, com a questão social, ou seja, com elementos que vão além da prática biomédica (Brasil, 2005).

A violência institucional é marcada pelo abuso de poder do profissional e pela omissão de informações, dificultando a tomada de decisões conscientes por parte das mulheres, incluindo a prática de procedimentos médico-cirúrgicos sem o seu consentimento livre e esclarecido (Rosas, 2005). Em uma pesquisa realizada por Rabay e Soares (2008) com mulheres em situação de aborto e profissionais de saúde de um hospital de João Pessoa, observou-se algumas condutas contrárias aos princípios norteadores da norma técnica de atenção humanizada à saúde, tais como o não julgamento, o acolhimento humanizado, a orientação e a prestação de informações, etc. As atitudes dos profissionais de saúde podem ser consequência, dentre outras, das crenças que possuem sobre o aborto.

4.2.3 Aborto seletivo

4.2.3.1 – Atitude

Resumidamente, na categoria *Atitude* emergiram duas subcategorias, *Crenças contrárias* e *Crenças favoráveis* à legalização do aborto seletivo. Na primeira subcategoria, foram observados discursos em torno da sacralidade da vida, permeadas por crenças de cunho religioso, remetendo-se para a fatalidade, o determinismo que pode ser compreendido com a máxima “assim Deus quis”, e pela crença num milagre divino. Na segunda subcategoria, foram constatadas narrativas justificando a legalização através do diagnóstico de inviabilidade do feto, bem como no sofrimento que a gestação poderia acarretar à mãe e ao nascituro.

Na subcategoria *Crenças contrárias*, foram verificados apenas dois discursos, um de uma profissional de saúde e outro de um profissional de direito, como se pode observar:

“Por conta de princípios e convicções religiosas, eu acredito, não acreditando em coincidência, acreditando em providência de Deus, eu particularmente entendo que são determinadas, digamos assim, uma determinada carga que nós temos que suportar e que temos que lutar, que temos que partilhar daquela breve vida; tem um propósito (...) eu entendo que deve haver uma aceitação (...) ao mesmo tempo que eu entendo para mim que deve haver esse suporte eu digo que a pessoa com as suas convicções pessoais, morais, religiosas é que ela deve entender por aceitar suportar isso.” (Juiz 4)

“Eu não sou a favor do aborto, até pelo fato do seletivo também, eu não sou a favor. Não só através da minha religião, que minha religião é o catolicismo, mas também por opinião própria (...). O seletivo eu sou a favor de continuar com a gestação porque, voltado pra minha religião, eu acredito muito que de certa forma que milagres acontecem. Então por que não deixar essa pessoa viver durante o período que ela pode conseguir viver? (...) Essa é a minha opinião, minha visão ainda de achar que tudo pode se resolver, que quebrar no meio do caminho não considero certo não” (Enfermeira 4)

Constata-se que ambos estão arraigados a uma perspectiva religiosa, a qual apregoa a cura pelo milagre divino. Considerando-se que o direito à vida é um dom recebido diretamente de Deus, sendo os homens apenas administradores dela, há um consenso ente as crenças religiosas no tocante à sacralidade da vida. Consequentemente, qualquer intervenção

humana sobre ela é condenada. Nessa direção, muitas religiões são contrárias à interrupção da gravidez, mesmo de nascituro portador de anomalia grave incompatível com a vida extrauterina. Dentre as religiões, a Igreja católica é que compartilha crenças de caráter, digamos, mais radical (Papaleo, 2000; Tessaro, 2006).

Em sua tese, Porto (2009) observou dentre os profissionais contrários ao aborto seletivo representações do feto como pessoa humana. A partir da categoria “vida”, consideraram que o feto possui “direito à vida” e que, “mesmo por pouco tempo”, em consonância com as respostas dos profissionais acima, essa “vida” “deve ser respeitada”. Desse modo, constatou-se a presença de crenças religiosas baseadas na sacralidade da vida em contraposição à autonomia reprodutiva (Diniz & Almeida, 1998; Mori, 1999). Nesse contexto, o discurso religioso se apresentou mais intenso em determinados momentos da pesquisa, especialmente nos casos em que fetos avaliados inviáveis nasciam vivos e sobreviviam poucas horas após o nascimento. Nesses casos, as enfermeiras – tanto brasileiras quanto portuguesas – os batizavam logo após o parto.

Contrariamente a esse posicionamento, na subcategoria *Crenças favoráveis*, os profissionais apresentaram narrativas voltadas para a possibilidade de se fazer a interrupção nessas situações. Um dos argumentos correspondeu à crença no diagnóstico de inviabilidade do feto, como se pode constatar nas narrativas dos profissionais de direito abaixo:

“Apesar de eu ser católico apostólico romano, e entender que apenas à Deus é dado o direito de retirar a vida, eu penso que não há sentido levar a vida de uma gestação, onde a ciência já comprovou por A mais B que aquele fruto daquela gestação não sobreviverá dois ou três dias após o seu nascimento, no caso, aqui exemplificado por você, a anencefalia (...) eu penso que o aborto eugênico ele deve sim ser legalizado, em hipóteses excepcionais, devidamente regulamentado, onde naqueles casos que já foram regulamentados existam provas científicas de que o fruto daquela gestação não vingará, ou seja, aquela criança, objeto daquela gestação, ela não sobreviverá em hipótese alguma.” (Promotor 1)

“(...) embora o coração esteja batendo, (...) se a mãe não quer, se a ultrassom está comprovando ali que não tem a menor possibilidade dele sobreviver e você obrigar uma mãe, mesmo que ela não vá correr risco, a levar aquela gravidez

adiante até os nove meses eu acho que aí tem que ouvi-la mais, sabe? Tem que dar um apoio a ela (...) a medicina está muito avançada não aí nesse caso, eu acho que a gente tem que começar a entender que não tem como obrigar uma mãe que não quer.” (Juíza 1)

“Não tem sentido nenhum você submeter uma mãe a procedimentos cirúrgicos, a continuar com uma gravidez, a continuar com todo aquele período de gestação se já se sabe que o filho não tem viabilidade nenhuma de nascer com vida (...) não tem sentido você arriscar a vida de uma mãe em uma gestação de tanto tempo, nove meses, sabendo que o feto não tem cérebro, que não tem possibilidade de uma sobrevivência (Juiz 3)

“(...) você tendo certeza que aquele feto é acéfalo, por exemplo, que não tem cérebro, que não tem viabilidade de vida, de jeito nenhum, eu não falo naqueles casos em (...) que há viabilidade de vida, eu falo naqueles casos em que não há viabilidade de vida de jeito nenhum, atestada por uma banca séria e analisada, eu acho que seria deixar a mãe e toda a família passar por um sofrimento desnecessário.” (Promotora 6)

Nesse mesmo sentido, também argumentaram os profissionais de saúde:

“A questão é sobrevida. Depois que esse bebê nascer, como vai ser? (...) Sou de acordo com a indução do aborto (...) não teria uma vida que se estenderia” (Enfermeira 5)

“O seletivo concordo, porque o caso de anencefalia que a gente sabe que é incompatível com a vida, não tem pra que a paciente 9 meses esperando” (Médica 3)

“Eu concordo plenamente. É uma coisa que um anencéfalo é um ser sem estrutura, sem cérebro (...) Que bom que a gente já detecta através de uma ultrassonografia com 1, 2, 3 meses já se detecta. (...) Eu sou favorável, porque não tem vida. Tem? Não tem vida. Não tem cérebro. Sai dela e dura dois meses (...) Eu não aceitaria. Eu não queria. Porque não tem vida, ser gerado, daqui a dois meses seria morto.” (Psicóloga 2)

“Se você tem realmente um estudo detalhado, não é achar que está (...) depois de vários estudos, vários exames que conclua isso aí, acho que você deve fazer (...) eu acho que não tem sentido você levar uma gravidez até o final sabendo que o anencéfalo geralmente passa pouco tempo vivo.” (Médico 1)

Em oposição aos argumentos na subcategoria anterior, os participantes na subcategoria *Crenças favoráveis*, ressaltaram que “não tem sentido” levar uma gestação de um feto inviável. Compartilharam também desta crença os médicos brasileiros entrevistados por Porto

(2009). Para estes, a vida se inicia após o nascimento, e não faz sentido levar a gestação de um feto que vai nascer e que não vai sobreviver a termo, sobretudo nos casos de anencefalia, a anomalia que trata a já referida ADPF-54 que se encontra em trâmite no STF (2008).

Os profissionais do presente estudo destacaram que essa inviabilidade deve ser comprovada com precisão para que, dessa forma, se justifique a interrupção. Na contemporaneidade, os avanços tecnológicos já permitem o reconhecimento de anencefalia no nascituro a partir de 12 semanas de gestação. Ao se repetir o exame com dois ecografistas experientes, a possibilidade de erro é praticamente descartada. A sobrevivência desses nascituros é de apenas 48 horas após o nascimento, podendo se estender um pouco mais, mas é sempre uma questão de dias. É vasto o quantitativo de doenças infecciosas, genéticas e cromossômicas que podem ser diagnosticadas, por especialistas em Medicina Fetal, através de exames ultrassonográficos. (Pinotti, 2004).

Por um lado, o conhecimento médico oferece, com precisão, suporte científico ao aborto seletivo, por outro, o mundo jurídico opera na difusão de categorias morais usadas em prol de uma decisão. Nesse sentido, Diniz (1997) analisou as categorias que oferecem suporte jurídico-moral para as decisões legais através de 20 alvarás judiciais, dentre eles os três primeiros do Brasil (década de 1990). Constatou que a categoria “vida humana” ou mesmo “vida biológica” perpassa todos eles. Os motivos que sustentaram o aborto seletivo recorrem à ideia de que os fetos anencefálicos não possuem vida, argumento que, associado à imagem de subumanidade, compõe o centro argumentativo que outorga a validade moral do ato, a qual denota a negatividade da vida pela subumanidade do feto.

No entanto, observou-se nas narrativas dos entrevistados por este estudo que a crença se o feto com anencefalia, por exemplo, seria considerado uma vida ou não foi controversa. Há aqueles profissionais, tanto de saúde quanto de direito, que acreditam na existência de vida nesses casos:

“(...) é vida (...) pelo meu conhecimento a vida é a partir da concepção. Ocorreu a concepção, o masculino com o feminino, o esperma com o óvulo, começou a vida nesse momento, mesmo que seja tendo batimento cardíaco e tendo anencefalia, eu entendo que é vida. Mas uma vida que tem um futuro mal-fadado, há um falecimento, há uma não desenvoltura.” (Promotor 2)

“Seria vida (...) digamos assim, seria vida alimentada (...) aí já parte para aquela questão de uma vida que vive em decorrência de outra, assim, que não teria autonomia sozinha futuramente, mas é uma vida, não deixa de ser, ta crescendo, se cresce, e se expele, por exemplo fezes (...) enfim, se se alimenta, não deixa de ser uma vida.” (Promotora 6)

“Ele não deixa de ser uma vida, agora aquela vida que só vai ter vida durante a gestação, ele vai nascer e morrer.” (Promotora 5)

“O feto seria uma vida, mas a questão é a sobrevivência pós parto. É vida diante dos batimentos cardíacos independente de qualquer anomalia, é vida” (Enfermeira 5)

“É uma vida porque o coração está batendo.” (Psicóloga 1)

“É uma vida, as células estão lá.” (Enfermeira 1)

Há também os que responderam não existir vida:

“(...) me parece que vida humana não, seria uma vida pré-humana, digamos assim.” (Juiz 2)

“(...) é praticamente uma ausência de vida, porque na verdade ele está ali só porque está ligado à mãe, mas a partir do momento que ele se desligar, ele praticamente já vai falecer, vai ter horas só de algo que nem é vida” (Promotor 3)

“Não tem vida. Não tem cérebro. Sai dela (da mãe) e dura dois meses” (Psicóloga 2)

“Considerando que, em caso de morte encefálica é considerado morto, o coração tá batendo, os órgãos ainda estão, mas, na medicina, eles não consideram, porque o cérebro é quem determina a vida, que determina a alma, então eu acredito que não seja” (Psicóloga 3)

Excetuando-se a Psicóloga 1 e a Enfermeira 1, cujos argumentos sobre a vida centraram-se numa perspectiva estritamente biológica, os quais, segundo Diniz (1997, p.), “são usados como suporte argumentativo para uma concepção mais ampla de vida humana. É,

na verdade, a moral justificada por intermédio do discurso biológico: a moral medicalizada”, a maioria dos participantes, mesmo aqueles que consideraram haver vida, frisou que a questão do aborto seletivo não se refere à ausência ou não de vida, mas sim a viabilidade desta, conforme ficou denotado ao definirem o termo vida:

“Vida é uma história, é aquilo que tá crescendo e que há viabilidade de vida.” (Juiz 4)

“(...) é a viabilidade de viver” (Juiz 3)

“vida é tudo, você respirar é vida.” (Psicóloga 1)

“Vida é o surgimento de um novo ser” (Médica 3)

“Vida é, digamos, poder respirar, pode viver. A vida é isso. Viver é poder ser gerado de forma sadia, sem traumas. Isso seria vida, sem traumas.” (Psicóloga 2)

“A vida quer dizer muita coisa. Vida quer dizer como você vem a viver, como você vem a escolher o que é viver, como você vai viver. (...) a vida é você ter o livre-arbítrio de escolher como você vai viver.” (Enfermeiro 7)

Nesse sentido, as crenças dos participantes estiveram mais próximas de uma concepção fundada no princípio da qualidade da vida (PQV), o qual considera legítima qualquer intervenção que implique na diminuição do sofrimento humano que seja evitável e em maior bem-estar para este, desde que esteja de acordo e não ocasione danos significativos a terceiros (Schramm, 2009). É nessa direção que também se posicionaram os impetrantes da ADPF -54 (STF, 2008) cujos principais fundamentos fáticos foram: a inviabilidade de vida extrauterina do feto, e o aborto seletivo, também denominado de antecipação terapêutica do parto, constitui um recurso médico adequado para reduzir o sofrimento da gestante, e os possíveis riscos e custos de uma gestação, cujo resultado será um natimorto ou a morte imediata do nascido. Além disso, os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, liberdade, autonomia, como também os relacionados com a saúde foram utilizados para embasar a argumentação.

Paralelo às crenças na inviabilidade do feto, os profissionais também argumentaram que levar uma gestação de um feto inviável adiante poderia acarretar na prolongação de um sofrimento, ressaltando os danos físicos e psicológicos:

“Temos que analisar, aí também, sobre o aspecto biológico, sobre o aspecto da mãe, os sérios traumas que aquela mãe passará, sabendo que carrega no ventre um bebê que virá a morrer, então alimenta o amor, alimenta o carinho o afeto, por uma criança que sabe que vai morrer, que ela não pode fazer absolutamente nada, a não ser esperar. Então eu acho que os graves danos psicológicos a essa mãe, que poderia vir a gerar outras crianças saudáveis, pode ser muito maior, até porque ela pode, em decorrências desses graves danos psicológicos.” (Promotor 1)

“Então eu acho uma agressão psicológica pra mãe ter que passar a gestação por inteiro com uma criança que vai nascer e morrer. Então eu sou a favor do aborto eugenicida. Porque pra mim não é um aborto. Aquele feto não tem condições de vida, nem de sobrevivência, então a manutenção dele na barriga da mãe, na gestação, é uma agressão com a própria mãe.” (Promotora 5)

“Só vai adiar o sofrimento da mãe e de certa forma do bebê, que vai tá sendo sustentado por conta que está intrauterino, se tirar, não vai sobreviver” (Enfermeira 5)

“E o sofrimento da mãe, como é que tá aí? (...). A mãe fica onde aí? Naquela esperança, naquela expectativa de querer ter gerado uma vida sadia, mas não foi concretizada.” (Psicóloga 2)

A gestação de fetos anencefálicos pode acarretar um risco elevado à saúde materna, visto que causam, com maior frequência, patologias como a hipertensão e hidrânio (Pinotti, 2004). Pesquisa realizada com mulheres que solicitaram a interrupção da gestação de um feto inviável na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo constatou o reconhecimento por parte das mulheres de que a interrupção da gravidez foi a melhor escolha, e que efetivamente minimizou o sofrimento (Benute, Nomura, Lucia & Zugaib, 2006).

Além dessas categorias, outros argumentos compõem o texto jurídico: a coerência da lei, não havendo diferenciação entre o aborto necessário e decorrente de estupro e o aborto

seletivo, jurisprudência acumulada e autonomia reprodutiva. Sobre esses pontos, há quase um consenso entre os juízes (Diniz, 1997).

Os tribunais brasileiros têm decidido sobre essa matéria em consonância com a vontade da mãe e/ou do casal. No entanto, ressalta-se que a exigência dessa formalidade legal pode demandar tempo e burocracia para o exercício desse direito. Desse modo, há casos de mulheres que procuram clínicas clandestinas de aborto, sem qualquer recurso à justiça. A gestação de um feto anencefálico pode causar riscos à saúde da mulher, tanto físicos quanto emocionais (Gollop, 2003; Bezerra, 2009; Ventura, 2009).

4.2.3.2 – Aspectos jurídicos

A categoria *Aspectos jurídicos* abarcou duas subcategorias, a saber: *Autorização judicial*, a qual contemplou as respostas dos que defendem a necessidade de um pedido formal à justiça, e, contrariamente, a subcategoria *Sem autorização judicial*, cujos discursos atribuem esse poder de decisão à relação médico-paciente, considerando, ainda, a importância de uma regulamentação para tais casos. Estão em cena diferentes atores que reclamam para si o poder de decisão sobre a vida, aqui, especificamente, os juristas e os profissionais da saúde.

Nesse sentido, na subcategoria *Autorização judicial*, emergiram discursos apenas dos profissionais de direito, os quais, dessa forma, se consideraram como os competentes para dar a sentença final sobre tais casos, tendo em vista a possibilidade de se burlar a legislação. Sobre esse ponto de vista, pode-se inferir que talvez para esses profissionais esse tratamento devesse se estender também aos abortos sentimentais, visto que há também a possibilidade de fraudes.

“Eu acredito que sempre tem que ter uma autorização do judicial, até pra ela se resguardar. (...) Diante da gravidade que se é tirar uma vida, eu entendo, eu recomendo que seria mais prudente a pessoa numa situação dessa recorrer a uma autorização judicial.” (Promotor 2)

“(...) o direito da uma maior formalidade à questão de maiores cuidados, eu não sei até que ponto o desenrolar desses profissionais mais éticos e menos éticos em todas as áreas, e então, talvez a formalidade do aborto seria mais forte passando pelo poder judiciário, até porque não são tantos os casos (...) para garantir

ambos, a mulher também e, quem sabe, resguardar a criança. É uma vida, quem sabe o é diagnóstico errado, então eu acho que seria interessante.” (Juiz 2)

“Recorrendo-se a autorização judicial porque se não nós teríamos, infelizmente, a burla a legislação (...) e isso poderia gerar uma série de práticas criminosas, então eu imagino que, nessa hipótese, penso que há ainda, deva haver a autorização judicial, onde tem que haver um controle por parte do Estado nessas práticas abortivas, sob pena de qualquer gravidez tentar se justificar por esse tipo de prática.” (Promotor 1)

Contrariamente a determinado posicionamento, tem-se as respostas dos profissionais de saúde, bem como de parte dos juristas.

“(...) você submeter à justiça muitas vezes essas questões, a justiça demandaria um grande tempo pra decidir, (...) eu acho que não deveria ser o caso de se levar à justiça. É a mesma situação de um estupro, do risco de vida da gestante, o senhor lá da razão do risco de vida é o médico, o médico é quem decide, então levar a questão da anencefalia, se você existe um laudo, existe uma perícia completa, mostrando por um ou por dois médicos, (...) por um corpo clínico, mostrando que há uma anencefalia, submeter à justiça só pra receber um alvará, eu acho que era desnecessário (...) quando vai chegar nos tribunais para decidir, demora que só pra chegar, acaba a criança nascendo e morrendo (...) eu acho que não deveria ser por via judicial. Mas como há uma legislação, os médicos têm receio de fazer e serem processados. E aí existe uma autorização judicial para isso.” (Promotor 3)

“(...) até mesmo porque em um caso desse a gente sabe que tem que correr viu na justiça, porque se não conseguir uma antecipação na tutela dá os nove meses né. Aí o risco ainda é maior, depois de seis meses, depois de quatro meses um aborto é extremamente perigoso. Então teria que correr para poder uma autorização sair antes dos quatro meses. Então se houvesse essa possibilidade de liberar o aborto nesse sentido aí sim.” (Juíza 1)

Eu acho que deve ter um acordo entre médico, paciente, família, marido. Eles procurarem quando for diagnosticado logo, o médico oferecer o serviço, dizer que existe possibilidade de ter um aborto legalizado, onde vai ter um documento, vai ser assinado permitindo que aconteça aquilo, não gerando que a criança venha a nascer” (Enfermeiro 6)

“Aí fica a critério da pessoa, né? A gente pega caso aqui da paciente chegar e “não, eu quero ir até o fim”. Ela tem que passar por uma série de interpelações, tanto médico quanto até judicial (...). Eu acho que não precisaria chegar a esse ponto não de ir até o judicial, acho que não tem necessidade” (Médico 1)

Não obstante o CP não tenha previsto a prática do aborto seletivo, os tribunais brasileiros têm autorizado a interrupção da gravidez, respaldada por diagnóstico médico e com o consentimento da mulher, nos casos de malformação fetal. No entanto, recorrer à justiça pode demandar tempo e burocracia para que esse direito seja efetivado. Também é comum observar nos textos que acompanham as decisões legais tratados sobre as crenças religiosas do juiz acerca dos limites eugênicos do procedimento, sobre a política de direitos reprodutivos no país, etc. (Gollop, 1995; Diniz, 1997; Diniz, 2003). Dessa forma, há notificação de mulheres que recorrem às clínicas privadas, sem qualquer recurso à justiça (Gollop, 2003; Bezerra, 2009), conforme observou a Psicóloga 1:

“O certo é que ela procure a justiça pra justiça autorizar. Mas só que a coisa não funciona desta forma, nem sempre funciona. À vezes clandestinamente ela resolve, com outros meios e chegam na situação de aborto. (...) o processo é muito lento.” (Psicóloga 1)

Nesse sentido, alguns profissionais, tanto de saúde como de direito, observaram a necessidade de se haver uma regulamentação prévia para o aborto seletivo, inclusive para amenizar o sofrimento e o sentimento de culpa da gestante:

“Era pra ter uma autorização já prévia na legislação, agora isso é pra ser precedido de um laudo médico e do consentimento do médico (...) não precisava uma autorização, agora isso precedida de um laudo médico, bem conclusivo, e exames prévios, e o consentimento da mãe, principalmente, porque ela que está gerando a criança, e ela inclusive que esta passando por aqueles transtornos psicológicos e aquela gravidez inerte que ela está passando.” (Promotora 5)

“Eu acho que deveria ser legalizado porque é um feto inviável, então você sofrer todas as alterações de uma gestação inviável.” (Enfermeira 3)

“eu acredito que (...) no momento que for aprovado em lei, isso aí vai ajudar também as mães a não ficarem se sentindo culpadas, eu acredito que a gente vê várias questões religiosas, várias implicações que traz uma repercussão no quadro emocional dessa mulher, um sentimento de culpa mesmo (...) eu penso que deveria ser opção dessa mãe. E ela ter isso respaldado na lei, inclusive ia facilitar no seu processo mesmo de diminuir essa culpabilização. (...) No

momento que, previamente a lei, já determinar que essa mãe pudesse optar, como acontece aqui no caso de violência (...) facilita, eu acho que diminui o sofrimento.” (Psicóloga 3)

Foi um diagnóstico de anencefalia o que motivou o que se registra como o primeiro pedido de alvará, em 1995, no Distrito Federal. Tratou-se da história de uma mulher frente a uma gravidez não-planejada, com tentativa mal sucedida de aborto no segundo mês de gestação, seguida de um diagnóstico de má-formação. Este é um dentre os vários enredos de mulheres maltratadas pelo azar de uma gravidez de um feto inviável, em uma legislação que as obrigam a expor publicamente seu sofrimento, bem como a ter que negociar suas preferências mesmo que em condições completamente desiguais de diálogo moral. Os argumentos de seu advogado no processo foram a inviabilidade da vida e os riscos psíquicos e físicos que tal gravidez causaria à sua cliente, consonantes com as respostas dos profissionais desta pesquisa cujas crenças são favoráveis à regulamentação do aborto seletivo. Entretanto, o promotor concentrou seus argumentos em três pontos: crítica ao conceito de normalidade vigente, risco do relativismo moral, e ilegalidade da solicitação, sendo este último uma interpretação literal do Código Penal. O juiz recebeu o despacho e, mesmo em meio a inquietações e reflexões sobre a necessidade de uma revisão da legislação acerca do aborto no país, indeferiu o pedido de interrupção de gravidez. Alguns juízes explicitamente negam o pedido baseados em crenças pessoais (Diniz, 2003).

Em relação ao direito do aborto de forma geral, e ao aborto de fetos inviáveis especificamente, Ventura (2009, p. 165) argumentou que

A necessária tutela da medicina ou do conhecimento médico-científico para legitimar o direito da mulher ao aborto é um aspecto importante nesse debate e que merece aprofundamento adequado nos estudos jurídicos. De fato, autorizar o

aborto com base numa prescrição médica não demonstra um avanço substancial do direito à livre decisão da mulher ao aborto, como prerrogativa pessoal ou um direito de liberdade no sentido mais amplo. Mas, sem dúvida, representa uma formulação muito favorável à ampliação da autonomia reprodutiva, em um contexto legal bastante restritivo. Nesse sentido, as decisões judiciais constituem um avanço por transformar uma espécie de dever absoluto da mulher à gestação, historicamente consolidado, um direito da mulher à gestação, mesmo que tutelada pela Medicina.

Dessa forma, a jurisprudência acumulada, isto é, a quantidade significativa de sentenças dos tribunais numa mesma direção, já constitui um avanço importante para a regulamentação do aborto seletivo, embora a mulher ainda tenha que expor suas preferências perante o Estado. Verifica-se também a importância da comunicação dos profissionais de saúde e de direito na discussão sobre o aborto seletivo, visto que enquanto a primeira área possibilita com precisão o diagnóstico das anomalias e especifica as repercussões físicas e emocionais dessa gestação, a área jurídica, baseada nessas prescrições, estuda as categorias morais utilizadas em favor de uma decisão. Essa temática trata-se de um emblemático problema da bioética e do biodireito.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, o aborto tem sido pauta em diversos debates na sociedade brasileira. Basta lembrar-se das últimas eleições presidenciais, da polêmica envolvendo o mais recente Programa Nacional de Direitos Humano (PNDH-III) lançado pelo poder executivo, as discussões travadas no Supremo Tribunal Federal (STF) na ocasião da ação (ADPF-54) impetrada pela Comissão Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), a qual visa regulamentar o aborto seletivo. São vários os atores envolvidos nessa discussão, os quais disputam para si o poder de decisão pela vida; ressalte-se a vida do feto e a vida da mãe, visto que a clandestinidade engendrada pelas leis restritivas leva às mulheres, principalmente as das classes menos favorecidas, a condições de aborto inseguro e, conseqüentemente, a riscos e danos acentuados à sua saúde. Nesse sentido, além de um problema moral, o aborto tem sido tratado, sobretudo, com um problema de saúde pública.

Falar de aborto é uma tarefa nada fácil. Isso porque se adentra num campo polêmico que movimenta os sentimentos mais íntimos, a consciência e vivências, bem como as crenças compartilhadas e perspectivas científicas, filosóficas, sociológicas, religiosas, morais, etc., que fundamentam as normas sociais construídas e reconstruídas ao longo de séculos. As questões abordadas por este estudo, as quais foram respondidas pelos profissionais de direito e de saúde, são de natureza diversa: Por que as mulheres recorrem a um aborto? Tal prática deveria ser descriminalizada? Criminalizar resolve o problema? Uma penalização mais severa coibiria essa prática? Quais as implicações do aborto clandestino e inseguro para a saúde da mulher? Quais as classes mais atingidas por tais implicações? Qual seria a melhor política de redução de riscos e danos em relação à prática de abortos inseguros? O embrião ou feto é pessoa humana? As mulheres devem ter autonomia para decidir sobre seus próprios corpos? Essas são exemplos das questões que têm permeado tal debate, cujas respostas e crenças

colocam políticos, teólogos, médicos, juristas, feministas, entre outros segmentos da sociedade, em posições opostas e inconciliáveis.

Além dessas questões, o presente estudo objetivou verificar a opinião e o conhecimento dos profissionais em questão sobre a legislação do aborto e os procedimentos legais para a interrupção dos abortos previstos em lei, através da aplicação de um questionário fechado. Os dados apontaram uma posição rígida dos participantes quanto à mudança na legislação penal sobre o aborto, os quais são influenciados sobremaneira por suas crenças religiosas. No entanto, no que se refere ao aborto seletivo, a maioria concordou com a descriminalização de tal procedimento.

Observou-se um desconhecimento dos profissionais sobre a documentação necessária para a autorização da prática do aborto legal e em caso de malformação fetal grave. O boletim de ocorrência, referido pelos profissionais como necessário à autorização do aborto sentimental, não é mais exigido. Pretendeu-se com isto humanizar o atendimento às mulheres vítimas de violência, bem como fazer com que estas não passem por maiores situações de constrangimento e exposição de seu sofrimento ao terem que recorrer à justiça. Contrariamente do que disseram os participantes da área de saúde, o consentimento da mulher, civilmente capaz, tanto nos casos de aborto seletivo quanto nos casos de aborto sentimental, é imprescindível. Já nos casos de aborto terapêutico não se faz necessário nenhum documento, apenas o diagnóstico médico, visto a sua urgência.

A partir dos resultados quantitativos obtidos, questiona-se se os profissionais de saúde, bem como os de direito, sendo estes os guardiões da lei, pressupondo-se o seu conhecimento acerca desta, estão preparados para atender as mulheres em situação de aborto legal ou aquelas que recorrem à justiça para obter autorização para a realização do aborto seletivo. Tal déficit pode ter implicações negativas no efetivo exercício dos direitos das mulheres que se

encontram nas referidas situações de interrupção da gestação, e na implementação das políticas públicas nessa seara.

No tocante às crenças dos participantes acerca do aborto provocado, verificadas através da pesquisa qualitativa, observou-se, de modo geral, que o debate nessas classes profissionais gira em torno de duas teses pré-estabelecidas. De um lado, aqueles que acreditam que a sua prática é uma infração moral grave, denominados de grupo Pró-vida. De outro, os que possuem a crença de que a prática do aborto trata-se de um direito da mulher, chamados de grupo Pró-escolha.

As crenças contrárias à descriminalização do aborto provocado centraram-se na sacralidade e heteronomia da vida, segundo as quais a vida é um dom divino e apenas Deus tem o poder sobre ela. Observa-se uma forte influência religiosa nessa perspectiva. Outro argumento é o da independência do feto enquanto outra pessoa, o que de certa forma é um desdobramento da crença na sacralidade da vida, a qual, embasada numa lei natural segundo a qual a moral possui princípios absolutos e indiscutíveis, considera o feto como vida e pessoa desde a concepção. Outra consideração contrária à descriminalização do aborto é estritamente legalista, por considerar tal prática como um crime e um homicídio. Por fim, alguns profissionais concentraram seus discursos na culpabilização e na responsabilização da mulher por seus atos.

As crenças favoráveis, por sua vez, foram compartilhadas pelos profissionais de saúde, com exceção de um profissional de direito que o fez com ressalvas. Essas estiveram ancoradas na perspectiva do aborto quanto um exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, na autonomia da mulher sobre seu corpo, discurso consonante com o PNDH-III, bem como na necessidade de se despenalizar aborto devido às implicações negativas à saúde da mulher que sua prática insegura acarreta. Essa perspectiva centrou-se nas propostas de redução de riscos e danos.

No tocante à punição da mulher que pratica aborto ilegal, observou-se uma diferenciação quanto às respostas nos grupos profissionais pesquisados. Foi observada uma diferença entre as crenças compartilhadas nos referidos grupos, sendo os juristas mais severos na aplicação da previsão legal. Enquanto os participantes de direito afirmaram que as mulheres deveriam ser denunciadas e punidas com a reclusão ou até mesmo que a pena deveria ser tornar mais severa, a maioria dos profissionais de saúde afirmou que a punição deveria ser de cunho educativo e/ou moral, e o sigilo deveria ser garantido, conforme aponta a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.

Embora a maioria dos participantes seja contrária à descriminalização do aborto, conforme observados nos resultados obtidos pelo questionário e pelas entrevistas, estes reconhecem que sua ilegalidade traz riscos e danos à saúde da mulher, afeta majoritariamente as classes menos favorecidas. Ademais, destacaram que tal problemática é multideterminada por aspectos tanto individuais, quanto sociais e programáticas, bem pelas questões que perpassam os papéis atribuídos aos gêneros na vivência de sua sexualidade. Nesse sentido, embora alguns tenham demonstrado uma postura culpabilizante para com a mulher, acabaram, muitas vezes se contradizendo, por admitir que as questões que giram em torno do aborto provocado são complexas.

Desse modo, se faz necessário reduzir os riscos e danos que essa prática acarreta, os quais foram apontados pelos entrevistados. As sugestões para reduzir tais implicações foram a educação e a elaboração de políticas públicas, tais como as campanhas de educação sexual, os programas de adoção, a assistência social e psicológica, bem como, para aqueles que são favoráveis à descriminalização, a possibilidade de um aborto seguro a fim de reduzir os riscos e danos causados por essa prática. No entanto, foram observadas, especialmente entre os profissionais de saúde, crenças que remetem à violência institucional. Isso ressalta que nem sempre os profissionais estão preparados para assistir as mulheres que abortam de forma

insegura, o que nos faz indagar se a qualidade do serviço prestado não é prejudicada por suas crenças.

Finalmente, em relação ao aborto seletivo, observou-se uma postura mais flexível tanto dos profissionais de saúde quanto de direito, no que diz respeito à sua regulamentação pelo STF, excetuando-se alguns participantes contrários devido à sua religião. As crenças favoráveis fizeram referência à inviabilidade do feto, à saúde psicológica e física da mãe, sua dignidade, evitando, desse modo, o prolongamento do sofrimento injustificado. No que diz respeito à necessidade de autorização judicial, apenas os profissionais de direito responderam nesse sentido, inferindo-se, dessa forma, que eles atribuem a si mesmos o poder de decisão pela permanência ou não da vida.

Constatou-se, sobretudo no que se refere ao aborto provocado, contradições nos discursos dos profissionais. Uma hora assumiam uma posição mais culpabilizante, outra uma posição mais compreensiva. Ao mesmo tempo em que compreendiam o aborto enquanto um problema moral, também o enxergavam como um grave problema de saúde pública, o qual tem que ser sanado.

Antes de tudo, as entrevistadas trataram-se de um exercício de reflexão, tanto para os participantes quanto para a autora deste trabalho. É essa discussão ampliada que ainda falta ser encarada pela sociedade brasileira. É necessário sair dos extremos “contra” e a “favor” do aborto e enxergar que essa temática é de uma complexidade que não pode ser resumida por essas palavras, nem se encerram no ponto de vista jurídico ou deontológico, ao contrário, abrangem um leque variado de considerações, as quais puderam ser observadas ao longo deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovay, M. Castro, M. G. & Silva, L. B. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil.

Alan Guttmacher Institute (1997). *Issues in brief: the role of contraception in reduction abortion*. Nova York: AGI.

Albuquerque, F. S. (2007). VI Congresso Brasileiro de Direito de Família: família e solidariedade. Belo Horizonte, 14-17 de novembro de 2007. Programação: temas e palestrantes. p. 11.

Aldana, M. (2000). Aborto Legal: Igreja Católica e o Congresso Nacional. In: *Cadernos* (n.6). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir.

ANIS (2004). *Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília. Disponível em: http://www.anis.org.br/Arquivos/Textos/pluralidade_final.pdf

Balbinot, R. A. A. (2002). Discutir o aborto: um desafio ético. 160 f. *Dissertação* (Pós graduação em Direito) Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina.

Barchifontaine, C. P. de. (2004). *Bioética e início da vida: alguns desafios*. São Paulo: Idéias e Letras.

Bar-Tal, D. (1990). *Group Beliefs: a conception for analyzing group structure, processes, and behavior*. New York: Springer-Verlag.

Bar-Tal, D. (2000). *Shared beliefs in a society: Social Psychological Analysis*. Sage Publication Inc.

Bahamondes, L. (2006). A escolha do método contraceptivo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(5), 267-270.

Bem, D. J. (1973). *Convicções, Atitudes e Assuntos Humanos*. São Paulo: EPU.

Bengiano, G. & Pera, A. (2000). Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *Int J Gynaecol Obstet*, 70 (1), p. 35-48.

Benute, G. R. G.; Normura, R. M. Y.; de Lúcia, M. C. S & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 28(1): 10-7

Bezerra, M. A. (2009). Aborto anencefálico e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista de Direito*, 12(15), pp. 65-87.

Braga, M. & Álvares, D. (2009). Adoção em face da nova lei. *Direito em Construção*, ano IV, nº 02. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php/1direitoconstrucao3/article/view/49/49>. Acesso em: 02 Fev. 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. CNS. (1996). *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*.

Brasil (1997). Presidente da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 9.434*, de 4 de fevereiro de 1997.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Ministério da Saúde: Brasília – DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2006). *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília-DF.

Brasil (2010a). Código Penal e Constituição Federal – Tradicional. (48ª ed.). São Paulo: Saraiva.

Brasil (2010b). *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)* / Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, reimpressão, Brasília: SEDH/PR.

Briozzo, L.; Labandera, A.; Gorgoroso, M. & Pons, J. E. (2009a). Iniciativas Sanitárias: Uma nova estratégia na abordagem do aborto de risco. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 11-54.

Briozzo, L.; Gorgoroso, M.; Almada, H. R.; Rodríguez, F. & Vidiella, G. (2009b). Guias e aspectos práticos das Iniciativas Sanitárias Contra o Aborto Provocado em Condições de Risco. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 55-128.

Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

Carneiro, S. B. 2008. PL 3220/08. Parto Anônimo, Projeto de Lei apresentado no Congresso Brasileiro, com apoio do Instituto Brasileiro de Direito de Família IBDFAM, 9/04/2008.

Callahan, D (1970). *Abortion, Law, Choice and Morality*. New York: Mcmillan.

Colas, O.; Aquino, N. M. R. & Mattar, R. (2007). Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 29(9), pp. 443-445.

Dallari, S. G. (2009). Aborto: um problema ético de saúde pública. *Revista Bioética*, 2(1).

Digiovanni, R. (2008). Entre mulheres: considerações sobre aborto, religião e projetos de vida. *Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST23/Rosangela_Digiovanni_23.pdf. Acesso em: 10 de Março de 2012.

Diniz, D. (1997). Aborto seletivo no Brasil e os Alvarás judiciais. *Revista Bioética*, 5(1), pp.19-24.

Diniz, D. (2003). Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 13(2), pp. 251-272.

Diniz, D. (2007a). Aborto e saúde pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9).

Diniz (2007b). Selective Abortion in Brazil: the anencephaly case. *Developing World Bioethics*, 7(2):64-67.

Diniz, M. H. (2009). *O Estado atual do Biodireito*. 6ª ed. São Paulo: Saraiva.

Diniz, D. & Almeida, M. (1998). Bioética e Aborto. In: Costa, S. I. F., Garrafa, V. & Oselka, G. (orgs.). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 126.

Diniz, D. & Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):959-966.

Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 27-35.

Duarte, G. A., Osis, M. J. D., Faúndes, A. & Sousa, M. H. (2010). Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 44 (3).

Durand, G. (2007). *Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos*. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola.

Engelhardt Jr., A. T. (2004). *Fundamentos da Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola.

Faganello Madureira, V. & Weber, A. (2011). Conhecimento de adolescentes mulheres sobre contracepção. *Cogitare Enfermagem*, 16(2), 333-339. Disponível

em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/20234/14217>. Acesso em: 02 fev. 2012.

Faúndes, A. & Barzelatto, J. (2004). *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Komedi.

Faúndes, A., Duarte, G. A., Andalaft-Neto, J., Olivatto A. E. & Simoneti, R. M. (2004). Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 26(2):89-96.

Faúndes, A., Oliveira, G., Andalaft-Neto, J. & Costa Lopez, J.R. (1998). II Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*, 26:134-8.

Figueiredo, M.A.C. (1993). *Profissionais de Saúde e Aids*. Um estudo diferencial. *Medicina*. Ribeirão Preto, 26(3), abr/jun, p.393-407.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fonseca, C. (2009). Abandono, adoção e anonimato: Questões de moralidade materna suscitadas pelas propostas legais de “parto anônimo”. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, nº 01, abr. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/30/12>. Acesso em 02 Fev. 2012.

Foucault, M. (1997). *História da sexualidade: a vontade de saber*. (12ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade, curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

Franco, A. S. (1992). Aborto por indicação eugênica. In: Barra, R., P. & Andreucci, R.A. Estudos Jurídicos em Homenagem a Manoel Pedro Pimentel. São Paulo: *Revista dos Tribunais*. p. 97.

Galastro, E. P & Fonseca, R. M. G. (2007). A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensa os profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.41, n.3, São Paulo.

Galeotti, G. (2007). *História do aborto*. Lisboa/Portugal: Edições 70.

Gesteira, S. M. A.; Diniz, N. M. F. & Oliveira, E. M. (2008). Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 21(3):449-53.

Giffin, K. M. (1991). Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. [Versão eletrônica], *Cad. Saúde Pública* 7 (2), 190-200.

Gollop, T. (1995). O descompasso entre o avanço da ciência e a lei. *Revista USP* (24): 54-9.

Gollop, T. (2003) *Interrupção seletiva da gestação*: aspectos sanitários. Palestra proferida por ocasião da Audiência Pública sobre Interrupção Seletiva da Gestação. Porto Alegre: Ministério Público Federal, abril.

Gonçalves, T. A. (coord.) & Lapa, T. S. (2008). Aborto e religião nos tribunais brasileiros. São Paulo: Instituto para a Promoção da Equidade.

Gonçalves, V. E. R. (2007). *Direito Penal Parte Geral*. 13 ed. São Paulo: Saraiva.

Grecco, R. (2007). *Curso de Direito Penal*: parte geral. 9ª ed. Niterói, Rio de Janeiro: Impetus

Grecco, R. (2009). *Código Penal comentado*. 2ª ed. Niterói, RJ: Impetus.

Grecco, R. (2010). *Curso de Direito Penal*: parte especial. 7ª ed, vol. 11. Niterói, RJ: Impetus.

Harris, J. (1994). Not all babies should be kept alive as long as possible. In: Gillon, R. *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley and Sons, 644-655.

Jesus, D. E. (2005). *Direito penal: parte especial*. (27ª ed., v. 1 e 2) São Paulo: Saraiva.

Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipo e preconceitos sociais. In M. E. O. Lima & M. E. Pereira (Orgs), *Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (23-40). Salvador: EDUFBA

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (1986). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. (2ª ed.) São Paulo: Atlas.

Leite, F., & Batista, L. L. (2008). A publicidade contra-intuitiva e o efeito ricochete. *Revista Galáxia*, São Paulo. 15 (jun) 155-166.

Loureiro, D C. & Viera, E. M. (2004). Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública* vol.20 no.3 Rio de Janeiro.

Martins. L. B. M.; Costa-Paiva, L.; Osis, M. J. D.; Sousa, M. H., Pinto Neto, A. M & Tadini, V. (2006). Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Revista Saúde Pública*, 40 (1), 57-64.

Matiello, F. Z. (1994). *Aborto e Direito Penal*. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto.

Meirelles, J. M. L. (coord.) (2007). *Biodireito em discussão*. Curitiba: Juruá.

Miguel, M. J.; Lora, C. L.; Ortega, B. M. & Muñoz, E. B. (2010). Nueva ley del aborto más que un problema legal y moral. *Aten Primaria*. 42(8):403–405.

Milanesi, M. L. (1970). *O Aborto provocado*. São Paulo: USP.

Mirabete, J. F. (2006). *Manual de direito penal*. 24. ed. São Paulo: Atlas.

Monteiro, M.F.G. & Adesse, L. (2008). *Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais*. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf

Mori, M. (1997). *A moralidade do aborto: sacralidade da vida e novo papel da mulher*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Nader (1982). *Introdução ao Estudo do Direito*. Rio de Janeiro: Forense.

Nucci, G. S. (2010). *Código Penal Comentado*. 10ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Oliveira, D. B. B. (2008). Parto anônimo: aspectos históricos, políticos e sociais contemporâneas. XIII Encontro de História Anpuh – Rio. Disponível em http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212956989_ARQUIVO_partoanonimo-Anpuh.pdf. Acesso em 10 de Março de 2012.

Papaleo, C. C. (2000). *Aborto e contracepção*. 2 ed. São Paulo: Renovar.

Penaforte, M., da Silva, L., Esteves, A., da Silva, R., dos Santos, I., Silva, M. (2010). Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma unidade básica de saúde em Teresópolis, RJ. *Cogitare Enfermagem*, vol. 15, mar. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/17183/11318>. Acesso em: 02 fev. 2012.

Pimentel, S. & Pandjlarjlan, V. F. (2000). Aborto: discriminar para não discriminar. *Jornal da Rede Saúde*, n. 21.

Piovesan, F. (2007). Direitos Sexuais e Reprodutivos: Aborto Inseguro como Violação aos Direitos Humanos. In: *Nos Limites da Vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, p. 54 - 56.

Pinotti, J. A. (2004). Anencefalia. *Revista de cultura IMAE*, ano 5, nº 12, Jul-Dez, p. 63.

Pirotta, K. C. M. & Schor, N. (2004). *Considerações sobre a interrupção voluntária da gravidez a partir do discurso de estudantes universitários da USP*. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG-Brasil, de 20-24 de Setembro de 2004. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_430.pdf. Acesso em 23 de fevereiro de 2012.

Porto, R. M. (2008). Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(2), 661-666.

Porto, R. M. (2009). “Aborto Legal” e o “Cultivo ao Segredo”: Dramas, Práticas e Representações de Profissionais de Saúde, Feministas e Agentes Sociais no Brasil e em Portugal. *Tese*. (Pós-graduação em Antropologia Social). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina.

Portugal, A. M. G. S. L. (2009). Os dilemas éticos e deontológicos dos profissionais de saúde face à despenalização da interrupção voluntária da gravidez. *Dissertação*. (IV Curso de Mestrado em Bioética – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto).

Rabay, G. & Soares, G. (2008). *Abortamento inseguro: assistência e discriminação*. João Pessoa, Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh.

Rebouças, M. S. S. (2010). O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais. *Dissertação* (Pós-graduação em Psicologia); Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Rezende, J.; Montenegro, C.A.B. & Barcellos, J.M., 1995. Abortamento. In: Rezende, J., editor. *Obstetrícia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. p.643-666.

Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores: Uma teoria de organização e mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.

Rosas, C. F. (2005). Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. Belo Horizonte: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, v. 27, p. 18-20.

Roseira, M. B. (2007). *Prefácio*. In: Galeotti, G. História do aborto. Lisboa/Portugal: Edições 70, p.

Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Rodríguez, F. (2009). Enfoque sanitário: Situação internacional do aborto provocado e da mortalidade materna. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 201-216.

Rosado, M. J. & Soares, R. (1999). Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. In: Scavone, L. *Género y salud reproductiva en América Latina*. Costa Rica: Editora LUR., p. 257-304

Rotondo, M. T. (2009). Enfoque bioético: Análise ética do aborto provocado em condições de risco. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 223-232.

Salem, T. (1997). As novas tecnologias reprodutivas: O estatuto do embrião e a noção de pessoa, *MANA*, 3(1):75-94.

Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Schramm, F. R. (2009). O uso problemático do conceito ‘vida’ em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. *Revista Bioética*, 17 (3): 377 – 389.

Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética – Fundamentos e ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.

Silva, L. A. F. da & Bianco, M. H. (2009). Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 3, p. 245-255.

Soares, G. S. (2003). Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):399-406.

Soares. A. M. M. & Piñeiro, W. E. (2002). *Bioética e Biodireito: uma introdução*. São Paulo: Edições Loyola.

Stansfield, W. D. & King, R. C. (1997). *A dictionary of genetics* (5ª ed.). New York: Oxford University Press.

STF (2008). *Antecipação de parto de feto inviável: bibliografia, legislação e jurisprudência temáticas*. Secretaria de documentação/Coordenadoria de biblioteca/Coordenadoria de análise de jurisprudência. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/bibliotecaConsultaProdutoBibliotecaBibliografia/anexo/feto_inviavel_set2008.pdf

Tartuce, F. (2011). *Manual de Direito Civil*. São Paulo: Método.

Tessaro, A. (2006). *Aborto seletivo: Descriminalização & Avanços tecnológicos da Medicina Contemporânea*. 1ª ed. (ano 2002), 4ª tir., Curitiba: Juruá.

Torres, J. H. R. (2009). Aborto inseguro: É necessário reduzir riscos. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 265-304.

Vaques, F. A. P. (2006). *Medicina fetal*. In: Barbosa, A. D. M. *Medicina neonatal*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, p. 25-31.

Verardo, M. T. (1987). *Aborto: um direito ou um crime?* (14ª ed.). São Paulo: Editora Moderna.

Ventura, M. (2009). *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília-DF: Edição do Autor. .

Vidiella, G. (2009). Enfoque sanitário: Políticas de redução de risco e dano. In: Briozzo, L & Bedone, A. J. *Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos*. Campinas, SP: Komedi, p. 217-222.

Vieira, E. M.; Badiani, R.; Dal Fabbro, A. L. & Rodrigues Junior, A. L. (2002). Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. vol.36, n.3, pp. 263-270.

Wiese, I. R. B.. & Saldanha, A. A. W. (2011). Vulnerabilidade dos adolescentes às DST/AiDS: ainda uma questão de gênero? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 105-118.

World Health Organization. (1992). *The prevention af management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Genebra: WHO/MSM/92.5. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf. Acesso em 10 de Março de 2012

World Health Organization. (2003). *Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Genebra: WHO. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>. Acesso em 10 de Março de 2012.

World Health Organization. (2005). *World health report 2005: make every mother and child count*. Genebra: WHO

World Health Organization. (2007). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2005*. 5ª ed. Genebra: WHO. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf. Acesso em 10 de Março de 2012.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – MESTRADO

Esta pesquisa intitula-se “Aborto provocado e seletivo na interface da saúde e do direito”, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora mestranda Iria Raquel Borges Wiese, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Mestrado) da Universidade Federal da Paraíba.

O objetivo da pesquisa é analisar as crenças dos profissionais de saúde (obstetras, ginecologistas e enfermeiros) e dos profissionais do direito (advogados, juizes de direito e promotores de justiça) sobre o aborto provocado e o aborto seletivo, tendo por finalidade ampliar a compreensão de como essa discussão se coloca nos grupos profissionais referidos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (quando for o caso).

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, será realizada, pela pesquisadora responsável pela mesma, uma entrevista, a qual será gravada mediante o seu consentimento; caso contrário, será transcrita à mão. Em seguida, aplicar-se-á um questionário auto-explicativo. A entrevista terá duração estimada em 30 minutos. Após a sua transcrição, esta será apresentada ao entrevistado para que este possa fazer eventuais modificações na sua fala, bem como atestar a veracidade do conteúdo transcrito.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O pesquisador (a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Iria Raquel Borges Wiese
Pesquisadora Responsável

Endereço: Universidade Federal da Paraíba/CCHLA/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Telefone para Contato: (83) 3216-7006.

ANEXO II

Instrumento de Pesquisa

Número do Questionário: _____
Município: _____
Coletor: _____ Data: ____/____/____
Digitador: _____ Data: ____/____/____

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. **Sexo:** Masculino () Feminino ()
2. **Idade:** _____
3. **Etnia:** Branco () Negro () Pardo () Indígena () Amarelo () Outra: _____
4. **Profissão/Especialidade:** _____
5. **Há quanto tempo você atua na área de sua profissão?** Até 5 anos () Entre 6 e 10 anos () Entre 11 e 25 anos () Mais de 25 anos ()
6. **Estado Civil:** Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo ()
7. **Número de Filhos:** Nenhum () Um () Dois () Três () Quatro () Outro: _____
8. **Religião:** Sem religião () Católica () Evangélica () Espírita () Outra: _____
9. **Religiosidade:** Nada religioso () Pouco religioso () Religioso () Muito religioso () Extremamente religioso ()

Legislação brasileira sobre o aborto

1. Em sua opinião, em quais circunstâncias a nossa **legislação (Código Penal – CP)** autoriza o aborto praticado por médico? Em seguida, marque as circunstâncias em que, conforme sua opinião, o aborto deveria ser permitido ou proibido. Marque um X.

Circunstâncias		O CP autoriza o aborto praticado por médico	Deveria ser permitido	Deveria ser proibido
1.	Gravidez resultante de estupro			
2.	Em caso de risco de vida da gestante			
3.	Feto com malformação congênita grave			
4.	Mãe ou parceiro HIV soropositivo			
5.	Mulher sem condições			

	psicológicas/emocionais de ter o bebê			
6.	Mulher solteira quando o parceiro não assume a gravidez			
7.	Falha do método contraceptivo em uso			
8.	Mulher que não tem condições financeiras de ter o bebê			
9.	Em qualquer circunstância			
10.	Em nenhuma circunstância			
11.	Outras.			

Religião

1. Qual a importância que a sua religião ou religiosidade exerce sobre a sua opinião acerca do aborto?

Muito importante () Importante () Pouco importante () Nada importante () Sem religião/religiosidade ()

2. A sua religião aceita o aborto?

Sim, em qualquer situação () Sim, em algumas situações () Em nenhuma situação () Não sabe () Sem religião ()

Documentos necessários à autorização da prática do aborto

1. Em sua opinião, quais são os documentos necessários para se obter autorização da prática do aborto nos casos de risco de vida da gestante, gestação resultante de estupro e em caso de malformação fetal grave? Marque um X.

Documentos	Risco de vida da gestante	Gestação resultante de estupro	Má-formação fetal grave	Não sabe

1.	Alvará Judicial				
2.	Laudo médico/parecer técnico				
3.	Boletim de ocorrência				
4.	Laudo do Instituto Médico Legal				
5.	Solicitação/autorização da gestante				
6.	Autorização do pai/responsável, caso a mulher tenha menos de 18 anos				