

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

THIAGO MIKAEL SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ABORTO PARA
GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS DA REGIÃO METROPOLITANA
DE BELO HORIZONTE/MG**

Belo Horizonte

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ABORTO PARA
GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS DA REGIÃO METROPOLITANA
DE BELO HORIZONTE/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Subjetividade.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Belo Horizonte

2020

150 S586r 2020	Silva , Thiago Mikael. Representações sociais de aborto para ginecologistas e obstetras da região metropolitana de Belo Horizonte/MG [manuscrito] / Thiago Mikael Silva. - 2020. 152 f. Orientador: Adriano Roberto Afonso do Nascimento. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia. 1. Psicologia – Teses. 2. Aborto - Teses. 3. Medicina - Teses . 4. Representações sociais - Teses . I. Nascimento, Adriano Roberto Afonso do. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

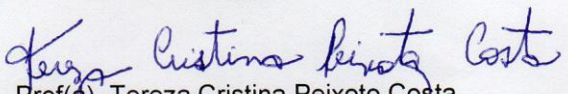
Representações Sociais de aborto para ginecologistas e obstetras da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG

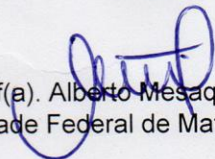
THIAGO MIKAEL SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Adriano Roberto Afonso do Nascimento - Orientador
UFMG


Prof(a). Tereza Cristina Peixoto Costa
UFMG


Prof(a). Alberto Mesaque Martins
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2020.

AGRADECIMENTOS

“[...] temos mantido em segredo a nossa morte para tornar nossa vida possível. Muitos de nós fazem arte por não saber como é a outra coisa. Temos disfarçado com falso amor a nossa indiferença, sabendo que nossa indiferença é angústia disfarçada. Temos disfarçado com o pequeno medo o grande medo maior e por isso nunca falamos no que realmente importa. Falar no que realmente importa é considerado uma gafe. [...]E a tudo isso consideramos a vitória nossa de cada dia. Mas eu escapei disso, Lóri, escapei com a ferocidade com que se escapa da peste” (Clarice Lispector)

O trecho acima foi dito por Ulisses à Lorelai – personagens de Clarice Lispector. Assim como ele, eu também tenho feito certo esforço diário para escapar da “vitória nossa de cada dia”. Esse esforço, porém, tem se reduzido cada vez mais desde que fui acolhido pela Universidade e pelas pessoas ímpares com as quais tive o privilégio de conviver/aprender e todos(as) aqueles(as) que fizeram parte da minha trajetória até aqui e me abasteceram de razões para agradecer, para enfim, falar do que realmente importa.

À minha família, Rafael, Larrayne e Lorrany e principalmente à minha mãe Maria, que não poupou esforços para eu trilhasse esse caminho, e ao meu pai Geraldo, que apesar de não ter sequer concluído o ensino médio, me apoiou da forma que pôde, me ajudando a conquistar algo que ele próprio não teve.

À minha família de Belo Horizonte, que me acolheu afetuosamente e foi determinante na minha adaptação à cidade e à nova rotina, Marlúcia, João e João Adler. Sem palavras para agradecer pelos momentos vividos e por tudo que aprendi com vocês.

Aos meus amigos e às minhas amigas que apesar das ausências e distâncias próprias da vida, sempre foram fundamentais para arejar a mente, ajudando a tornar mais leves os vários desafios que encontrei ao longo deste percurso.

Aos amigos da Pós-graduação em Psicologia (UFMG) Eder Nogueira e Pablo, que prontamente contribuíram imensamente na concretização desta dissertação! À Giovanna, cuja ajuda foi indispensável em momentos decisivos dessa pesquisa. Ao meu amigo mestrando Laurent, que acabei conhecendo também no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG-UMFG), com quem aprendi bastante e pude compartilhar momentos de tensão e principalmente de boas risadas.

Aos amigos e às amigas do Grupo de Pesquisa em Memórias, Representações e Práticas Sociais (GPMRS-UFMG) pelo acolhimento e especialmente pelos momentos de aprendizagem.

Ao Prof. Alberto Mesaque pela amizade, apoio e estímulo ao interesse pela temática sobre a qual versa esta dissertação.

À Dra. Sônia Lansky cujo auxílio foi imprescindível na realização de etapas importantes deste estudo.

À Prof.^a Tereza Peixoto pela prestativa e crucial ajuda durante etapas decisivas desta dissertação.

Aos médicos e médicas que gentilmente se dispuseram a participar do nosso estudo, com os quais pude aprender imensamente e tomar lições importantes que impactaram na minha forma de olhar para o campo de pesquisa.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFMG), pelas oportunas ocasiões de aprendizado e incalculáveis contribuições ao meu crescimento pessoal e acadêmico.

Ao Prof. Adriano Nascimento, por acreditar e abraçar a proposta deste trabalho, acolhendo as minhas dúvidas e acompanhando cuidadosamente cada etapa desta pesquisa tornando-a real; sou grato pelas reflexões, pela parceria e pelas diversas partilhas recheadas de conhecimento e sabedoria, me ajudando a enxergar e tentar ir mais longe.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), agência de fomento à pesquisa da qual recebi bolsa durante todo este processo.

A todos e todas que participaram e contribuíram direta e/ou indiretamente para a elaboração dessa dissertação, muito obrigado!

*“O pensamento é a nossa bênção e a nossa maldição, faz de nós o que somos”
(Carl Sagan, Bilhões e Bilhões na virada do milênio)*

RESUMO

Silva, M. T. (2020). *Representações Sociais de aborto para ginecologistas e obstetras da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Na atualidade, o aborto inseguro representa um importante problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, nos quais as legislações tendem a ser mais restritivas. No Brasil, vigora o Código Penal de 1940, que, juntamente com a jurisprudência específica, permitem apenas o aborto feito por médico em casos de risco à vida da gestante, de gravidez resultante de estupro e de anencefalia. Como a criminalização não impede que o aborto seja realizado de forma clandestina, de um lado, uma parcela significativa de mulheres realiza abortos inseguros e, não raro, precisa procurar os serviços de saúde para tratar eventuais complicações. De outro, outra parte do público feminino procura serviços de aborto legal para exercerem esse direito. Além da baixa cobertura desse tipo de serviço, a atenção à saúde das mulheres é frequentemente atravessada por violência institucional, bem como por julgamento, discriminação, maus-tratos e outras práticas inadequadas perpetradas pelas equipes de saúde. Especialmente entre os ginecologistas/obstetras, o medo de sofrer discriminação de seus pares e suas concepções pessoais sobre o aborto fazem com que muitos se recusem a realizar o procedimento, inserindo mais um obstáculo na garantia dos direitos femininos. Apoiado na Pesquisa Qualitativa e fundamentado em pressupostos da abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, este estudo teve como objetivo identificar e analisar as Representações Sociais de ginecologistas/obstetras sobre o aborto. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20 médicos(as) que atuam ou atuaram em maternidades, ambulatórios de ginecologia/obstetrícia e hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. As entrevistas tentaram explorar as experiências desses profissionais, suas percepções, práticas e representações sociais sobre o aborto, além do modo como estes sujeitos elaboram essas representações. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através da Análise de Conteúdo. Os resultados apontam que o aborto é recorrente no cotidiano dos profissionais entrevistados, mobilizando-os a elaborarem e partilharem representações sociais que os ajudam a tornar o aborto um objeto familiar a partir de valores básicos e de referências próximas dos grupos que polarizam o debate sobre o aborto. Porém, esse processo não acontece sem significativos conflitos e contradições, caracterizando as representações identificadas como representações sociais polêmicas. Para a maioria dos participantes, o aborto era objetivado como *Decisão/Direito*, sendo ancorado em valores básicos, como a liberdade, podendo levar à defesa da autonomia das mulheres, aceitação, realização do aborto em condições legais e apoio à legalização do aborto no Brasil. Através da realização do aborto, os médicos acreditavam estar ajudando as mulheres, minimizando seu sofrimento. Paralelamente, outra parcela dos participantes apresentou um entendimento diferente. Para esses profissionais, o aborto era objetivado enquanto *Assassinato*. Sua ancoragem acontecia através de valores básicos considerados inquestionáveis, como a vida, o que poderia levar à defesa do feto, reprovação, desconforto e objeção de consciência quanto à realização do aborto mesmo nos casos previstos pela legislação brasileira. Alguns profissionais acreditavam que o aborto seria um assassinato ao feto e uma agressão ao corpo feminino, gerando marcas e traumas nas pacientes. Assim, as representações sociais dos entrevistados cumpriam importantes funções em seu cotidiano, gerando pontos de convergência com suas práticas. Não obstante, houve pontos conflituosos entre suas visões pessoais e práticas profissionais, apontando para a necessidade de futuros estudos que explorem essa dimensão à luz da polifasia cognitiva.

Palavras-chave: Aborto; Medicina; Ginecologistas/Obstetras; Representações sociais.

ABSTRACT

Silva, M. T. (2020). *Social representations of abortion by gynecologists and obstetricians from Belo Horizonte Metropolitan Area/MG*. (Master Thesis). Psychology Postgraduate Program. Philosophy and Human Sciences Faculty. Federal University of Minas Gerais. Belo Horizonte.

Nowadays, unsafe abortion represents a relevant public health issue, principally in developing countries, where legislation tend to be more restrictive. In Brazil, prevails the 1940s Criminal Code, which in conjunction with specific jurisprudence, exclusively allow abortion carried out by physicians in cases of pregnant woman life risk, pregnancy resulting from rape and anencephaly. Since criminalization does not prevent clandestine abortion practice, on the one hand, a great parcel of women practice unsafe abortion. And it is not uncommon the later need to seek health services to treat possible complications. On the other hand, part of female public seeks legal abortion services to exercise this right. Besides the low coverage of this sort of service, women health assistance is frequently passed through institutional violence. As well as, judgment, discrimination, mistreatment and other improper practices committed by healthcare teams. Specially among gynecologists/obstetricians, the fear of suffering discrimination from their equals and their personal conceptions of abortion make many ones refuse carrying out this procedure. It includes one more obstacle in guaranteeing women's rights. Supported by Qualitative Research and based on Social Representations Theory procedural approach's assumptions, this study aimed to identify and analyze gynecologists and obstetricians' Social Representations of abortion. Twenty physicians who act or acted in maternity centers, gynecology/obstetrics ambulatories and hospitals in Belo Horizonte Metropolitan Area were interviewed. The interviews aimed to explore these professionals' experience, their perceptions, practices and social representations of abortion, besides the way these individuals elaborate such representations. The interviews were recorded, transcribed and analyzed through Content Analysis. Results point abortion is recurrent in the interviewed professionals' daily routine. It mobilizes them to share social representations that help abortion become a familiar object from basic values and from references close to groups which polarize abortion debate. However, this process does not happen without significant conflicts and contradictions, characterizing representations identified as the polemic social ones. For the majority of the participants, abortion was objectified as *Decision/Right*, anchored in basic values such as liberty that may lead to women autonomy defense, acceptance, abortion practice in legal conditions and abortion legalization support in Brazil. Through abortion practice, physicians believed they were helping women, minimizing their suffering. In parallel, other parcel of participants presented a different understanding. To these professionals, abortion was objectified as *Murder*. Its anchorage happened through basic values one considers unquestionable such as life, what may lead to fetus defense, disapproval, discomfort and conscientious objection to abortion even when it is foreseen by Brazilian Law. Some professionals believed abortion would be the fetus murder and an aggression to female body, generating marks and traumas in patients. Therefore, interviewees' social representations comply relevant roles in their daily routine and generates convergence points to their practices. Nevertheless, there were conflicting issues between their personal views and professional practices. It points to the need of further studies which explore this dimension in the light of cognitive polyphasia.

Key-words: Abortion; Medicine; Gynecologist/Obstetricians; Social Representations.

Lista de ilustrações

Figura 1. Tipologia/etiologia/motivação do aborto e pressão à inferência.....	117
Figura 2. RS de aborto (Decisão/Direito) e funções.....	126
Figura 3.RS de aborto (Assassinato) e funções	130

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número de categorias emergidas e descrição geral do seu conteúdo	64
Tabela 2 – Motivos	65
Tabela 3 – Frequência/complicações.....	70
Tabela 4 – Percepção sobre o aborto	72
Tabela 5 – As práticas de (des) cuidado	80
Tabela 6 – “Aborteiros” e “fazedores de anjo”	93
Tabela 7 – Conhecimento sobre leis e normas relacionadas ao aborto no Brasil.....	98
Tabela 8 – A lei atual: entre o avanço e o retrocesso	98

Lista de abreviaturas e Siglas

AC	Análise de Conteúdo
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AI	Aborto inseguro
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
B.O.	Boletim de Ocorrência
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBRASGO	Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
IML	Instituto Médico Legal
LGB	Lésbicas, Gays e Bissexuais
MMR	Measles, Mumps, and Rubella
MS	Ministério da Saúde
NTAHA	Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PPGAR	Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
USAID	Agência para Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos

Sumário

Introdução	14
O aborto ao longo da história: o olhar dos povos	15
Contexto sócio-histórico do aborto no Brasil: o olhar da lei	21
Aborto no século XXI: a ótica da saúde pública.....	25
Atenção ao abortamento: políticas e práticas de saúde	27
Aborto e medicina: o olhar médico	38
Referencial Teórico e Metodológico.....	48
Objetivos.....	59
Objetivo geral.....	59
<i>Objetivos Específicos</i>	59
Métodos.....	60
Resultados.....	63
Introdução aos resultados: perfil dos(as) entrevistados(as)	63
O começo de tudo: motivos	65
O (pós) aborto no cotidiano dos(as) profissionais.....	69
Construção de entendimentos sobre o aborto	72
As práticas de (des) cuidado	79
“Aborteiros” e “fazedores de anjo”	92
A lei atual: entre o avanço e o retrocesso	97
Discussão.....	107
Aborto e atenção ao abortamento: uma discussão preliminar	107
Representações sociais de aborto	116
Elaborando “teorias” sobre o aborto: eixos interpretativos.....	119
<i>Eixo Decisão/Direito</i>.....	124
<i>Eixo Assassinato</i>	128
Considerações finais	133
Referências	135
Apêndices.....	152

Introdução

A presente dissertação tem como objetivo identificar e analisar as representações sociais de médicos ginecologistas e/ou obstetras sobre o aborto. Na atualidade, o aborto se configura como um assunto que estimula discussões em muitos países, sobretudo naqueles nos quais as legislações são mais restritivas (Tornquist, Silva & Lago, 2008). Essas discussões atravessam múltiplos contextos, bem como o ambiente acadêmico – no qual o tema resiste ativamente há mais de 20 anos (Brasil, 2009) –, a mídia – na medida em que se inicia uma abertura aos temas femininos por volta da década de 1970 (Dalmolin, 2011) – e especialmente o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde que lidam com situações de abortamento, dentre os quais os médicos ginecologistas e/ou obstetras, que são convocados a se posicionarem de alguma forma acerca desse assunto considerado controverso (Soares, 2003).

No Brasil, vigora o Código Penal de 1940, que permite o aborto apenas quando não há outra forma de salvar a vida da gestante e quando a gravidez decorre de estupro. Em termos de jurisprudência, no ano de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), ampliou as hipóteses de aborto legal para os casos de anencefalia. Contudo, a criminalização do aborto em outros casos não impede que a prática seja feita, contribuindo para que a sua realização ocorra de forma clandestina e insegura (Aquino *et al.*, 2012).

Além de colocar em risco a saúde e a vida de mulheres que recorrem a serviços clandestinos e a métodos inseguros, a legislação atual reveste o aborto de estigma e tabu. Por conseguinte, essa situação tem se refletido nos modos de sentir, pensar e agir de muitos profissionais de saúde os quais, não raro, baseiam sua atuação em discriminação, julgamentos e punições que configuram violência institucional. Um desses profissionais é o médico ginecologista e/ou obstetra cuja presença, em contraposição à Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2011), ainda é majoritária entre as equipes multiprofissionais que atuam em casos de aborto e complicações de saúde causadas pela prática (Farias & Cavalcante, 2012).

Diante disso, convém perguntar: que Representações Sociais (RS) são elaboradas por médicos ginecologistas e/ou obstetras sobre o aborto? Como esses profissionais de saúde constroem representações a fim de compreender e se posicionar em relação ao aborto e às mulheres que o praticaram? De que forma as representações são conciliadas com o papel no cuidado, atenção e assistência à saúde de mulheres em situação de abortamento? Essas são algumas perguntas que orientaram a presente dissertação.

O aborto ao longo da história: o olhar dos povos

Etimologicamente a palavra “aborto” deriva da fusão latina de “*ab*” (afastamento/privação) e “*ortus*” (nascimento) que designa privação ou afastamento do nascimento (Wiese & Saldanha, 2014; Queiroz & Brigagão, 2009). Do latim, “*abortus*”, por sua vez, é particípio de “*aborior*” – morrer ou extinguir, termo do qual o sufixo “*oriori*” equivale a nascer ou originar-se – cuja tradução literal em português seria “abortado”, o que remete ao produto final da prática (Bacelar, Galvão & Tubino, 2008). Em dicionários clássicos, aborto e abortamento são considerados sinônimos, porém em medicina tal sinonímia suscita confusão (Bacelar, Galvão & Tubino, 2008). Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha o uso da expressão “abortamento”, que consiste na “interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento” (Brasil, 2011, p. 29). Todavia, o uso popular consagrou aborto no sentido de abortamento e isso se registra secularmente em muitos dicionários e, inclusive, na *práxis* jurídica¹ (Bacelar, Galvão & Tubino, 2008).

No campo biomédico, em especial, da ginecologia e obstetrícia, o aborto é conceituado como “[...] síndrome hemorrágica da primeira metade da gestação, definida pela interrupção da gravidez antes que tenha sido atingida a viabilidade [do concepto]” (Mattar, 2006, p. 1714). Juntamente com a gravidez ectópica e mola hidatiforme, o abortamento é considerado uma das “doenças” que constituem síndromes hemorrágicas do primeiro trimestre gestacional (Mattar, Junior & Sun, 2018). Diga-se de passagem, dentro das especialidades médicas enunciadas, há diferentes classificações para os tipos de aborto, cuja relevância reside na delimitação da etiologia e da orientação da conduta a ser seguida (Savaris, 2011; Hoffman *et al.*, 2014).

A forma mais básica de classificação do aborto é cronológica e baseia-se na época ou período no qual ocorreu a interrupção da gravidez. Nesse caso, considera-se aborto precoce quando a interrupção da gestação ocorre em até doze semanas, e tardio, da 12ª até a 22ª semana após a concepção (Mattar, 2006). Aproximadamente 80% dos abortos acontecem nas primeiras doze semanas de gravidez (Mattar & Daher, 2018). Outra forma de classificação da interrupção da gravidez é clínica e engloba os subgrupos: a) abortamento evitável ou ameaça de abortamento (Hoffman *et al.*, 2014; Savaris, 2011) – quadro no qual o concepto mantém viabilidade, com hemorragia discreta, podendo evoluir para gravidez até o termo ou culminar

¹ Em razão disso, o presente trabalho utiliza ambos os termos como sinônimos, não deixando de reconhecer nem as orientações técnicas provenientes do contexto médico, tampouco o uso jurídico e popular.

no próximo subgrupo (Mattar, 2006); b) abortamento inevitável – quando o produto da concepção perde sua viabilidade, havendo sintomas de hemorragia, dor e cólica mais intensos, sem possibilidade de evolução da gestação (Mattar & Daher, 2018); c) abortamento inevitável completo – aquele no qual ocorre a eliminação total do produto intrauterino, com sangramento mínimo ou ausente (Mattar, 2006; Savaris, 2011); d) abortamento inevitável incompleto – situação na qual ocorre apenas a eliminação parcial do conteúdo conceptual; conforme a evolução do subgrupo anterior, afebril (quando há conteúdo intrauterino inviável, mas inexistem sinais de infecção) ou febril (quando além dos restos intrauterinos, existe a presença de infecção local ou generalizada) identifica-se um último subgrupo clínico, o abortamento infectado ou séptico (Savaris, 2011) – quando os produtos conceptuais, útero e/ou outros órgãos pélvicos apresentam infecção (Hoffman, 2011; Mattar, 2006). Não raro, no abortamento infectado há associação do quadro com a “manipulação ilegal” da cavidade uterina através da utilização de técnicas inseguras (Mattar, Junior & Sun, 2018; Savaris, 2011).

Essa ideia de “manipulação” evoca outra forma classificatória do aborto que se refere à motivação², podendo ser espontâneo ou provocado. Diagnosticado em 10 a 15% da totalidade de gestações (Mattar & Daher, 2018), o aborto espontâneo acontece em razão de causas naturais que antecedem a 22ª semana de gestação – depois desse período nomeia-se morte neonatal –, tendo etiologia heterogênea e multifatorial, bem como alterações cromossômicas embrionárias, patologias maternas, malformação fetal, infecções gestacionais e etc. (Mattar, Junior & Sun, 2018). Já o aborto provocado ou induzido é motivado por fatores considerados externos, isto é, decorre de ato inerente à decisão ou consentimento da gestante (Benute *et al.*, 2009; Mattar, 2006). Tal categoria pode ser legal (aborto eletivo ou terapêutico) ou ilegal, conforme as legislações de cada país (Hoffman *et al.*, 2014).

O Brasil mantém o Código Penal de 1940 que, junto com jurisprudência específica (ADPF-54), permite o aborto apenas dentro dos incisos I e II do art. 128. Assim a prática pode ser realizada quando não há outra forma de salvar a vida da gestante (aborto necessário ou terapêutico), em casos de gravidez decorrente de estupro (aborto sentimental, humanitário ou ético) respectivamente, ou feto anencefálico (aborto eugenésico). Embora o Código Penal não apresente uma definição de aborto, do ponto de vista jurídico, o aborto provocado (pela

²Essa não é a única forma de classificação. Existem as formas especiais de abortamento, bem como abortamento causado pelo *Clostridium welchii* – deriva-se da patogenicidade do referido agente, apresentando grau elevado de mortalidade materna; abortamento retido (*missed abortion*) – quando não há expulsão do conteúdo uterino até trinta dias após a morte do conceito, o que segundo Hoffman *et al.* (2014) deveria ser nomeado como perda prematura de gravidez, uma vez que o termo retido foi empregado décadas antes da evolução da tecnologia atual na determinação da perda fetal; e, por fim, abortamento recorrente – termo que substitui a expressão abortamento habitual e descreve perdas consecutivas de gravidez, podendo ser primário (nenhuma gravidez foi bem-sucedida) ou secundário (um ou mais nascidos vivos de forma prévia) (Hoffman *et al.*, 2014; Mattar, 2006; Brasil, 2011).

própria gestante ou por terceiro, com ou sem seu consentimento) configura crime, sendo visto como “[...] a interrupção da gravidez antes de atingir o limite fisiológico, isto é, durante o período compreendido entre a concepção e o início do parto, que é o marco final da vida intrauterina” (Bittencourt, 2003, p. 100).

Com menor ênfase nas questões legais, outra forma de classificação tem sido proposta principalmente no campo de estudos de cunho sanitário. Trata-se do aborto inseguro (AI), compreendido pela OMS (2012) como “[...] um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos” (p. 18). Essa definição foi inicialmente utilizada pelo Grupo de Trabalho Técnico da OMS referente às diretrizes acerca do manejo das complicações do aborto provocado, e preocupa-se com a segurança dos serviços de aborto, ainda que a ilegalidade ou legalidade possa não ser o fator determinante na segurança da prática (OMS, 1992). Por trás dessa definição se encontra uma discussão sobre a ideia de risco.

Como ressaltam Ganatra *et al.* (2014), a noção de risco percorre um *continuum*, abrangendo determinantes imediatos, bem como os métodos empregados e a idade gestacional, por exemplo, e determinantes sociais, assim como o contexto legal, disponibilidade de serviços de aborto legal e nível de estigma em torno da prática. Não obstante, a aplicação desse conceito se estende dos abortos realizados por indivíduos não qualificados, autoprovocados, feitos em condições anti-higiênicas mediante métodos perigosos ou uso incorreto de medicamentos, aos procedimentos feitos por médicos com habilidades variáveis em instalações não reconhecidas (Singh, Remez & Tartaglione, 2010).

Evidentemente, essas e outras possíveis definições são elaboradas e pensadas em contextos sócio-históricos e políticos específicos. Assim, as legislações sobre o aborto refletem estruturas socioeconômicas, religiosas, políticas e tecnológicas de cada época e país (Cieslinski, 2010). Muitas convicções sobre o aborto atualmente adquiridas são fruto de intenso labor histórico em diferentes povos e sociedades sobre o papel feminino, os modos de compreender o feto e a gravidez e interesses políticos que não apenas permanecem em constante mudança desde a Antiguidade, como assumem diferentes funções e significados (Galeotti, 2007).

Os primeiros relatos da prática milenar do aborto remontam a algumas das civilizações mais antigas da humanidade (Rebouças & Dutra, 2011). Um dos registros mais remotos se encontra no folclore chinês acerca do imperador Shennong (2737 a.C. e 2696 a.C.) que, em consenso com a cultura chinesa, prescreveu mercúrio para a indução de abortos (Hernández, 2015; Schor & Alvarenga, 1994). Já na civilização egípcia, um dos mais importantes tratados

de medicina da história, o *Papiro de Ebers*, escrito em Tebas por volta de 1536 a. C., também continha descrições de abortos provocados (Ledermann, 2016; Santos, 2011).

Entre os povos babilônicos, na ótica da *Lei de Talião* ou *Código de Hamurabi* (1772 a. C.), o aborto era compreendido como lesão corporal acidental para a qual as clausuras 208, 211 e 213 previam indenização ao marido, ou morte de filho do agressor caso a gestante também tivesse esse fim (Schor & Alvarenga, 1994). Além das penas pecuniárias babilônicas, outros povos mesopotâmicos, como os assírios e hititas, mantinham castigos severos, como empalações e decapitações para os casos de auto-abortos ou terceiros que o realizassem (Bertoldi *et al.*, 2014; Rebouças & Dutra, 2011; Luft, 2001).

Nas escrituras bíblicas, as menções ao aborto surgem apenas com o advento das leis mosaicas, no segundo e no quarto dos cinco livros que compõem o Antigo Testamento (Santos, 2011). No Livro de Êxodo 21:22-23, em vigência da *Lei de Talião*, mantinha-se que, se uma mulher fosse ferida e por consequência abortasse (dano leve), o agressor obrigatoriamente deveria indenizar o marido e, caso a gestante morresse (dano alto), punia-se com a morte (Bíblia Sagrada, 2015). Já no Livro dos Números 5:11-34, é descrito um ritual de ordália para maridos que, ao desconfiarem da fidelidade da própria esposa, deveriam conduzi-la a um sacerdote para obrigá-la a tomar a água amarga (cadaverina), de modo que um eventual aborto poderia “comprovar” o adultério³ (Bíblia Sagrada, 2015).

Em geral, da Antiguidade até o século XVIII, o aborto era considerado uma questão privada referente às mulheres (Wiese, 2012). Na Grécia Antiga, a prática não só era amplamente difundida entre diversas classes sociais, como moralmente aceita e juridicamente legal, ainda que fosse necessário o consenso do marido ou patrão – do qual por vezes se abdicava, haja vista recorrentes casos nos quais os maridos acusavam as mulheres publicamente de terem lhes recusado descendência (Galeotti, 2007; Bodiou, 2017). Aliás, Sócrates, ao contrário de seu coetâneo Hipócrates, que, através do emblemático *Juramento*, comprometia-se a jamais fornecer às mulheres prescrições que levassem ao aborto, recomendava às parteiras que facilitassem o aborto às mulheres que assim o desejassem (Schor & Alvarenga, 1994; Queiroz & Brigagão, 2009). Ao passo que seu discípulo, Platão (1990), em razão de contenção populacional e riscos inerentes à gravidez em idades avançadas, aconselhava o aborto às mulheres acima de 40 anos. Por razões semelhantes, Aristóteles (2010), na *Política*, não apenas concordava com seu mestre, como indicava que o aborto deveria acontecer antes da animação do feto – quarenta dias após a concepção para os meninos, e oitenta, para as meninas.

³ Pode-se observar que tal ritual expressa uma posição bastante ambígua. Primeiro, porque o ritual é complacente com o aborto desde que a gestação derivasse de um adultério; e, segundo, porque dependendo da eficácia da cadaverina, o feto sendo ou não fruto de relações adúlteras, seria abortado.

Ao contrário da Grécia, em Esparta, o aborto era coibido por razões bélicas, porém os nascidos malformados poderiam ser sacrificados no Monte Taigeto pelo Estado (Costa, 2010; Luft, 2001). Diferentemente, em Roma, o aborto não foi considerado crime ao longo de todo o período clássico (Galeotti, 2007; Bertoldi *et al.*, 2014). Em um primeiro momento, o aborto voluntário era legítimo até por razões estéticas, sendo o feto enxergado como parte do corpo materno (Valpassos, 2011; Beauvoir, 1949/1970; Carvalho, Gonçalves & Carvalho, 2013). Posteriormente, durante o império de Septímio Severo (193-211 d.C.), o aborto realizado contra a vontade do cônjuge, negando-lhe a prole, passou a ser considerado “crime” extraordinário, com penas de exílio, trabalho forçado em minas ou apreensão parcial dos bens dos terceiros que fornecessem substâncias abortivas a uma mulher (Luft, 2001).

Já no século IV, com a oficialização do cristianismo em Roma durante o império de Constantino (306-337 d.C.), os valores cristãos relativos à vida são mais difundidos (Schor & Alvarenga, 1994). Todavia, não foram necessariamente esses valores que embasaram as primeiras punições canônicas que começaram a surgir alguns anos antes. Nesse caso, o Concílio de Elvira (303-309) foi o primeiro a ditar normas indiretamente relacionadas ao aborto através dos cânones 63 e 64, os quais reservavam penas de excomunhão eterna da comunidade cristã para as mulheres batizadas cuja concepção fosse oriunda de relações adúlteras e, para as catecúmenas, permissão do batismo apenas no leito de morte (Galeotti, 2007). Mais importante do que a proteção à vida, era a afirmação da legitimidade do casamento monogâmico e do sistema patriarcal romano no qual apenas as prostitutas, que não dependiam do consentimento de um cônjuge, podiam abortar livremente (Wiese, 2012; Schor & Alvarenga, 1994; Pereira, 2008). De qualquer forma, houve redução da pena de excomunhão eterna ou até o momento do falecimento para 10 anos, no Concílio de Ancira (314), ainda que o repúdio ao aborto tenha sido mantido nos concílios subsequentes (Rosado-Nunes, 2012; Valpassos, 2011).

Durante a Idade Média, esse repúdio dá lugar a um momento de proeminente repressão ao aborto com base no catolicismo (Bertoldi *et al.*, 2014). É digno de nota que, em razão dos relatos de ingestão de venenos e desconhecidas receitas abortivas, ocorre uma associação com a bruxaria, reforçando certa aversão à prática (Galeotti, 2007). Já no campo cristão, conforme o mandamento V (“Não matarás”), ocorre analogia do aborto com o homicídio e, por conseguinte, a prática passa a ser punida com igual pena, isto é, os terceiros que praticassem abortos eram punidos com a morte pela espada, e as mulheres, com a morte por afogamento (Silva, 2011; Queiroz & Brigagão, 2009). Entretanto, essa analogia não era unanimidade, já que, embora sob influência da tese aristotélica, patrísticos como Santo Agostinho (354-430) e o escolástico São Tomás de Aquino (1225-1274) rechaçassem o aborto

moralmente, não o equiparavam ao homicídio, defendendo que a alma assentava no corpo no quadragésimo dia para os machos e no octogésimo para as fêmeas (Beauvoir, 1949/1970; Rosado-Nunes, 2012).

Essa tese abalizava uma distinção entre feto animado e feto inanimado que fortalece o surgimento das primeiras leis que criminalizaram o aborto (Silva, 2011; Paraiso, 2012). Assim, o aborto aparece como crime pela primeira vez de forma oficial na *Constitutio Bamberguensis* em 1507 e na *Constitutio Criminalis Carolina* de 1537, decretada pelo imperador romano-germânico Carlos V, nas quais em observância à tese da animação do feto, punia-se com pena capital quem praticasse aborto de feto animado, e com certos castigos o aborto de feto inanimado (Costa, 2010). Esse tipo de pena foi gradativamente abolido e substituído pelo cárcere somente por volta do século XVIII graças às denúncias de filósofos reformadores (Cuellar, 2005).

A partir do século XVII, a invenção do microscópio e o desenvolvimento de estudos anatômicos lançam novas bases para a compreensão da gravidez e do aborto (Galeotti, 2007). Assim, no campo da fecundação e do desenvolvimento embrionário, de anexo do corpo feminino, o feto passa a ser considerado entidade autônoma, estimulando a formulação da hipótese preformacionista da qual se elabora a teoria do ovismo – segundo essa teoria o feto já se encontrava formado no ovário – e a ideia do animaculismo que, por sua vez, visualizava os espermatozoides como “homenzinhos” (Galeotti, 2007; Priore, 2004; Laqueur, 2001). Renascia, portanto, a ideia do homúnculo conforme a qual dentro de cada célula existia um ser humano completamente formado (Sagan, 1998; Beauvoir, 1949/1970).

Essas ideias embriológicas acabam instaurando um conflito jurídico entre a mãe e o feto. Dentro da perspectiva teológica, em 1869, o Papa Pio IX encerrou a discussão sobre feto animado e feto inanimado determinando que a alma era inerente ao feto desde a concepção, condenando todo tipo de aborto com pena de excomunhão (Pereira, 2008; Teixeira & Guimarães, 2012; Rosado-Nunes, 2012). Já no campo político, no final do século XVIII e início do século XIX, os Estados Nacionais oriundos da Revolução Francesa respondem a esse conflito em favor do nascituro enquanto ente politicamente relevante (Galeotti, 2007; Wiese, 2012). Ocorre que os nascimentos, bem como a taxa de natalidade, se tornam acontecimentos publicamente importantes, estimulando o surgimento de legislações proibitivas em todo o mundo – à exceção do regime nazista por razões eugênicas –, tendo como alicerce a ideia de que o poder e a força de um Estado seriam proporcionais ao tamanho de sua população, isto é, aos futuros soldados, trabalhadores e contribuintes (Torres, 2012; Vázquez, 2014).

Com exceção dos países socialistas, escandinavos e do Japão, as leis permanecem proibitivas após a 2ª Guerra Mundial (Schor & Alvarenga, 1994). Segundo Cuellar (2005), em boa parte dos países europeus as leis continuavam restritivas em razão dos desfalques sofridos nas guerras. Somente nas décadas de 1960 e 1970, com o fortalecimento dos movimentos feministas e de mulheres, ocorreu maior participação e promoção do debate sobre o abortamento, culminando na legalização da prática em muitos países (Rosado-Nunes, 2012; Paraiso, 2012).

Contexto sócio-histórico do aborto no Brasil: o olhar da lei

No Brasil, descrições acerca do aborto provocado são encontradas desde o período colonial (Rebouças & Dutra, 2011). Em relatos localizados nas primeiras cartas jesuíticas sobre as batalhas que os padres travavam contra os costumes indígenas, a prática do aborto era descrita como um hábito costumeiro entre as índias que o provocavam pressionando suas barrigas, carregando peso ou ingerindo beberagens (Oliveira, 2010; Priore, 2001). Culturalmente, os casais indígenas da época realizavam o aborto a partir do terceiro filho, sob a premissa de que, em situações de guerra, os pais poderiam proteger apenas duas crianças (Nardini, 2008). Adicionalmente, segundo Freyre (1933/1980), a exploração do trabalho indígena somada às remunerações precárias também compunha motivações para que as índias induzissem abortos.

Entre as escravas africanas traficadas para o Brasil, o aborto também era uma recorrente forma de resistência contra a dominação patriarcal e escravagista. Se por um lado em razão da carga exaustiva de trabalho muitas escravas sofriam abortos espontâneos, por outro, na expectativa de livrar seus filhos das condições precárias nas quais viviam, induziam abortos ou cometiam infanticídio (Silva & Castilho, 2014). Em suma, essa resistência traduzia a recusa em não restituir a mão de obra, uma vez que sua prole tinha valor como mercadoria, o não desejo de amamentar os filhos do senhor e o desejo de que os filhos não vivenciassem o cativeiro. Havia ainda a recusa em gerar filhos mulatos oriundos da violência sexual e do consequente aumento da fatigante carga de trabalho associada aos encargos com a maternidade (Mott, 1989).

De 1603 até 1830, o Brasil era regido pelas Ordenações Filipinas, nas quais inexistiam interdições ao aborto (Hentz, 2013). Isso não significava, entretanto, que a prática fosse vista de maneira positiva; pelo contrário, conforme a legislação portuguesa referente ao Regimento dos Quadrilheiros (1570), um tipo de polícia de costumes denominada quadrilheiros era nomeada nas paróquias, com o dever de vigiar tanto as mulheres suspeitas de auxiliarem as

outras a provocar abortos, quanto aquelas que tentavam disfarçar ou interromper a gravidez a fim de ocultar frutos de relações adúlteras (Figueiredo, 2014). Com o objetivo de garantir o aumento da população, a ocupação demográfica e a exploração das riquezas brasileiras, interessava ao Estado luso e à Igreja fiscalizar relações extraconjugais através das quais nasciam bastardos e mestiços, os quais não se encaixavam no sistema mercantilista entrevisto (Priore, 1990). Com efeito, o matrimônio cristão era estimulado, já que limitava a mulher à vida familiar, favorecendo a ordem que a metrópole portuguesa visava instalar no país (Bertoldi *et al.*, 2014; Filho, 2011).

Até meados do século XIX, o aborto não era inscrito como uma ação delituosa, e sim uma conduta faltosa (Castelbajac, 2010). A promoção do casamento monogâmico consistia num fundamento social mais relevante do que a proteção da vida e, por isso, a preocupação com o adultério se sobrepunha à analogia ao “homicídio”, que aniquilava uma alma indefesa impedindo seu batismo (Galeotti, 2007). Além disso, entre as perspectivas teológicas da época, não havia consenso sobre o momento no qual o feto se tornaria uma pessoa, valendo as delimitações aristotélicas referentes ao período de animação do feto (Priore, 2011).

Ultrapassado o período de animação, o aborto era condenado e a intimidade e sexualidade femininas tornavam-se alvo do escrutínio da Igreja (Priore, 2001). Treinados para perscrutar o pecado, os confessores não apenas inquiriam as mulheres, como veiculavam as concepções e imagens cristãs sobre a maternidade enquanto destino sublime inscrito na natureza feminina, pelo qual se redimia o pecado original, compensando os infortúnios e dores da gravidez e do parto aos quais clérigos orientavam as mulheres a suportar pacientemente (Vázquez, 2008; Priore, 1990; Vieira, 2014).

Com a valorização crescente da condição materna, fortaleceram-se representações sobre a maternidade que clamavam por sua proteção e exaltavam a fertilidade feminina, tornando o aborto uma infâmia (Priore, 2001). Por conseguinte, o aborto passa a ser criminalizado pelo Código Criminal do Império Brasileiro sancionado em 1830, no qual as penas dirigiam-se apenas aos terceiros que o praticassem (Brasil, 1830):

Secção III - Aborto

Art.199. Occasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada.

Penas – de prisão com trabalho por um a cinco annos.

Se o crime fôr comettido sem o consentimento da mulher pejada.

Penas – penas dobradas.

Art. 200. Fornecer com conhecimento de causa drogas, ou quaesquer meios para produzir o aborto, ainda que este não se verifique.

Penas – de prisão com trabalho por dous a seis annos.

Se este crime fôr comettido por medico, boticario, cirurgião, ou praticante de taes artes.

Penas – dobradas.

Segundo Vázquez (2014), até esse período, o campo do Direito não tinha interesse em responsabilizar penalmente a mulher pelo auto-aborto, vendo-a no processo penal como uma desesperada que pôs fim à gravidez. Além disso, o Estado percebia a mulher como um corpo frágil que deveria ser protegido da má-fé de terceiros (Castelbajac, 2010). Apenas em 1890, o auto-aborto foi inserido no rol dos delitos penalizáveis juntamente com o aborto consentido e feito por terceiros, no Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil (1890).

Art. 300. Provocar abôrto haja ou não a expulsão do fructo da concepção:

No primeiro caso: - pena de prisão cellular por dous a seis annos.

No segundo caso: - pena de prisão cellular por seis mezes a um anno.

§ 1º Si em consequência do abôrto, ou dos meios empregados para provocal-o, seguir-se a morte da mulher:

Pena - de prisão cellular de seis a vinte e quatro annos.

§ 2º Si o abôrto for provocado por medico, ou parteira legalmente habilitada para o exercicio da medicina:

Pena - a mesma precedentemente estabelecida, e a de privação do exercicio da profissão por tempo igual ao da condemnação.

Art. 301. Provocar abôrto com annuencia e accordo da gestante:

Pena - de prisão cellular por um a cinco annos.

Parapho unico. Em igual pena incorrerá a gestante que conseguir abortar voluntariamente, empregado para esse fim os meios; e com redução da terça parte, si o crime for commettido para occultar a deshonra propria.

Art. 302. Si o medico, ou parteira, praticando o abôrto legal, ou abôrto necessario, para salvar a gestante de morte inevitavel, occasionar-lhe a morte por impericia ou negligencia:

Pena - de prisão cellular por dous mezes a dous annos, e privação do exercicio da profisão por igual tempo ao da condemnação (Brasil, 1890).

A inclusão do auto-aborto pelo Código Penal de 1890 refletia, sobretudo, discussões que atravessavam o Estado quanto ao caráter voluntário ou involuntário do aborto (Castelbajac, 2010). Pode-se observar que na legislação tanto os médicos quanto as parteiras, em caso de indução ao aborto ou negligência e imperícia na hipótese de aborto necessário, são alvo das mesmas penas. Logo, de um lado, os médicos buscaram distinguir seu saber dos saberes informais que perpetuavam insalubridade no espaço social, passando a desqualificar e censurar ostensivamente as parteiras, curandeiras, beatas e mulheres que ofereciam conselhos sobre enfermidades e métodos abortivos; e, de outro, confiscaram o direito de realizar o aborto, estreitando-o ao saber asséptico anatomofisiológico vislumbrado nos campos da ginecologia e da obstetrícia que foram agregados à grade curricular dos cursos de medicina desde a Reforma da Sabóia (1882), a fim de ampliar os conhecimentos sobre a gravidez, as doenças sexuais e o aborto (Barreto, 2007; Vázquez, 2008).

A despeito da reprovação aos cuidados e crenças populares, a medicina da época não estava isenta de ideias incipientes. Durante anos, a medicina lusitana esteve à margem dos progressos científicos de outras regiões da Europa, já que a Inquisição passou a ver o Colégio de Artes e Humanidades fundado em 1547 por dom João como ameaça aos valores religiosos. O mesmo ocorreu com a Universidade de Coimbra, da qual o curso de medicina fora convertido em sustentáculo do escolasticismo e do pensamento medieval, levando as universidades e colégios portugueses, desde o século XVI até o século XVIII, a certa estagnação (Priore, 2004). Mesmo no século XIX, os médicos detinham conhecimento limitado sobre o corpo feminino, circunscrevendo sua natureza à procriação, de forma que seu estatuto biológico se conectava a um campo metafísico-moral dentro do qual a mulher era amalgamada à maternidade, à fragilidade, à submissão e à missão civilizatória (Priore, 2004; Laqueur, 2001). Frente a isso, o Código Penal de 1890 previa atenuação de pena para o aborto cujo motivo era a ocultação da “desonra própria”, pois, a julgar pelo ideal de moralidade feminina, o aborto era um recurso para encobrir atitudes condenáveis, evitando possíveis vexações (Figueiredo, 2014).

Tal como a legislação anterior, o Código Penal de 1940 mantém as penas destinadas à gestante, inserindo o aborto como Crime contra a Vida tipificado de três formas: aborto induzido (art. 124), aborto sofrido (art. 125) e aborto consentido (art. 126) (Bittencourt, 2003). Como exceção, dessa vez há apenas a figura do médico, a quem dentro dos incisos I e II do art. 128, referentes ao aborto terapêutico e o aborto sentimental (Silva & Andreone, 2012), é legítimo executar a prática.

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125. Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Brasil, 1940/2017, p. 50).

Historicamente o surgimento dessa legislação remonta ao Estado Novo de Getúlio Vargas, durante o qual se veiculava uma política de fortalecimento da pátria e da ordem social através da coesão social e da promoção de um modelo de família avessa à imoralidade, ao ócio e à libidinagem (Priore, 2011). Logo, o Código Penal de 1940 foi sancionado consonante à cultura, aos costumes e hábitos predominantes na década de 1930, sendo que, passados quase oitenta anos, não apenas os valores sociais mudaram, mas especialmente os avanços científicos e tecnológicos revolucionaram a ciência médica (Bittencourt, 2003). Apesar disso, o Brasil ainda mantém a legislação punitiva em relação ao aborto, que, além de não impedir que a prática aconteça, condena mulheres a se arrisquem através de métodos clandestinos e inseguros.

Aborto no século XXI: a ótica da saúde pública

Desde a 20ª Assembleia Mundial de Saúde, o aborto inseguro é identificado como um notável problema de saúde pública em vários países (OMS, 1967). No mundo todo estima-se que ocorram anualmente 55,7 milhões de abortos, dos quais 45,1% (25,1 milhões) são compreendidos como inseguros (Ganatra *et al.*, 2017). Em parte, essa estimativa justifica-se pelo crescimento populacional (Guttmacher Institute, 2018a). Não obstante, a taxa global de abortos anuais reduziu expressivamente somente em países e regiões desenvolvidas, mantendo-se estável em regiões em desenvolvimento (Singh, 2017). No total, cerca de 25% das gravidezes terminaram em aborto entre 2010-2014, sendo que, nos países desenvolvidos, entre 1990-1994 e 2010-2014 essa realidade reduziu de 39% para 27%, enquanto nos países em desenvolvimento ocorreu aumento de 21% para 24% (Guttmacher Institute, 2018a).

Aproximadamente 97% (24,3 milhões) dos abortos inseguros acontecem em países em desenvolvimento (Ganatra *et al.*, 2017). Na América Latina e Caribe, por volta de 6,5 milhões de abortos foram provocados anualmente no período de 2010-2014, sendo que nessas mesmas regiões estimam-se 14 milhões de gravidezes não desejadas por ano, das quais cerca de 46% terminam em aborto (Guttmacher Institute, 2018b).

Embora tenha ocorrido redução na razão de mortalidade materna (RMM) em 44% desde a década de 1990 até o ano de 2015 (de 385/100.000 para 216/100.000 nascidos vivos) e do número anual de mortes em 43% nesse mesmo período (532.000 – 303.000), o aborto inseguro ainda é uma causa importante de óbito materno, especialmente nos países em desenvolvimento nos quais 99% (302.000) dos casos ocorrem (OMS, 2015). Essa prática foi a causa de cerca de 13% (47.000) das mortes maternas em todo mundo no ano de 2008, e esteve

associada a complicações temporárias ou permanentes, incluindo-se a esterilidade, em 5 milhões de mulheres (OMS, 2012). Na América Latina e Caribe, estima-se que pelo menos 10% do total de mortes maternas sejam provocadas por abortos inseguros (Guttmacher Institute, 2018b).

Nessa mesma região, cerca de 760.000 mulheres recebem tratamento para complicações de saúde relativas ao aborto inseguro por ano (Guttmacher Institute, 2018b). Os custos com os tipos de cuidados pós-aborto necessários em países em desenvolvimento totalizaram US \$ 232 milhões em 2014 – valor que se ampliaria para US\$ 562 milhões se todas as mulheres que necessitassem desses serviços fossem atendidas; mas se todos os abortos fossem legalizados, reduziria para US\$ 20 milhões (Singh, Darroch & Ashford, 2014).

Atualmente, mais de 97% das mulheres em idade reprodutiva (15-44 anos) vivem em países com leis restritivas quanto ao aborto (Guttmacher Institute, 2018a). Esse espectro abarca países que proíbem totalmente a prática (como El Salvador, Haití, Honduras, Nicarágua, República Dominicana, Suriname), aqueles que a oferecem para salvar a vida da gestante – Antígua e Barbuda, Brasil (violação), Chile (violação e anomalia fetal), Dominica, Guatemala, México (violação e anomalia fetal), Panamá (violação, anomalia e incesto), Paraguai, Venezuela); para salvar a vida da gestante e para preservar sua saúde física – Argentina (violação), Bahamas, Bolívia (violação e incesto), Costa Rica, Equador, Granada, Peru; e, por fim, para salvar a vida da gestante e preservar sua saúde física e mental – Colômbia (violação, incesto e anomalia fetal), Jamaica, São Cristóvão e Nevis, Sta. Lúcia (violação e incesto) e Trinidad e Tobago (Guttmacher Institute, 2018a; 2018b).

No Brasil, a criminalização do aborto dificulta a obtenção de dados mais precisos sobre a magnitude dessa prática. Porém, trata-se de um evento comum, quer seja no cotidiano da população brasileira ou na vida reprodutiva das mulheres do país. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Patrícia Galvão (2017), em 12 regiões metropolitanas brasileiras, quase a metade (72 milhões) dos brasileiros acima de 16 anos (52% das mulheres contra 34% dos homens) conhecem uma mulher que já realizou aborto. Já a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) indica que, até os 40 anos, mais de uma em cada cinco mulheres alfabetizadas da área urbana (15%) já praticou ao menos um aborto (Diniz & Medeiros, 2010), número que se manteve estável, já que na PNA de 2016 essa proporção permaneceu semelhante – 13% (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017). Respeitando-se o perfil das mulheres participantes da PNA-2016, estima-se que, em 2014, 416.000 mulheres provocaram aborto (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017).

Nesse cenário, o aborto inseguro permanece como a quarta causa de mortalidade materna (Drezett, 2013; Adesse *et al.*, 2015). Em 2000, juntamente com líderes de 190 nações, o Brasil tornou-se signatário de um pacto lançado durante a Cúpula do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU), comprometendo-se a cumprir oito iniciativas denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), das quais a quinta referia-se à redução da mortalidade materna para valor menor ou igual a 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos até 2015 (ONU, 2015). Apesar de o país ter conseguido significativa redução da taxa de mortalidade materna (queda de 57% desde 1990), a meta não foi alcançada, já que a razão de 141/100.000, presente em 1990, foi reduzida para 63,8/100.000 em 2014 e, no ano de 2015, sofreu pouca variação – 62/100.000 (Marinho, 2018). Ao todo, ocorreram 1.872 óbitos maternos no Brasil em 2015, e, se por um lado, 211 foram causadas pelo aborto inseguro, por outro, 3.888 mulheres quase morreram por essa mesma causa (Marinho, 2018).

Além da elevada taxa de mortalidade, num contexto de criminalização como o do Brasil, o aborto feito de modo inseguro é relevante causa de morbidade (Batista *et al.*, 2016). Essa realidade incide de forma mais expressiva entre as mulheres das classes mais baixas e as negras, que, ao contrário dos grupos sociais mais abastados, têm menos acesso a clínicas clandestinas e métodos mais seguros (Santos & Brito, 2016). Um dos métodos mais comuns tem sido o uso do misoprostol, cuja administração tem se tornado recorrente na maior parte da América Latina e Caribe, de modo que no cenário brasileiro sua difusão, ainda que ilegal, desde a década de 1970 tem contribuído para redução da mortalidade materna de um lado, e de outro, leva muitas mulheres a finalizarem o aborto ou tratarem eventuais complicações de saúde nos hospitais (Singh, 2017; Carvalho & Paes, 2014).

É tanto que, dentre todas as internações decorrentes de cirurgias não cardíacas realizadas no período de 1995 a 2007, a curetagem para remoção de restos de aborto e tratamento de suas complicações foi responsável pelo maior número de hospitalizações de mulheres, 238.000 por ano (Yu, 2010). Em Maceió, dentre 1000 mulheres que recorreram à curetagem para esvaziamento uterino em hospital, 63,6% foram por abortamento provocado incompleto (Chaves *et al.*, 2011). Na PNA – 2016, por exemplo, 48% (n=115) das mulheres que realizaram aborto precisaram ser internadas para finalizá-lo (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017).

Atenção ao abortamento: políticas e práticas de saúde

Historicamente, a temática do aborto esteve à margem das políticas do que atualmente se pode chamar de Saúde da Mulher. Desde a segunda metade do século XX, demandas de

saúde vinculadas ao aborto e eventuais complicações de saúde decorrentes da prática insegura vêm sendo omitidas e proteladas, ainda que houvesse certa publicidade desse assunto nas discussões sobre a emancipação das mulheres, estimuladas pelos movimentos feministas a partir da década de 1960, sobretudo, na Europa e nos Estados Unidos (Guaresch *et al.*, 2007).

No cenário brasileiro, as primeiras ações relacionadas à saúde do público feminino limitavam-se ao ciclo gravídico-puerperal – atendimento ao pré-natal, parto e puerpério – apresentando caráter centralizador e viés controlista (Costa, 1999). Uma das políticas iniciais nessa área, o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1974, restringia-se à disponibilização de serviços destinados à assistência à saúde do binômio mãe-filho, atendendo mulheres pobres e não previdenciárias, sob o prisma da maternidade enquanto centro do papel social da mulher (Silva, Andrade & Bosi, 2014). Já em 1977, foi proposto o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR) – voltado à oferta de assistência especializada aos riscos reprodutivos e gravídicos, prevenção da gravidez, diagnóstico e tratamento da esterilidade ou infertilidade – que não chegou a ser implementado devido à reação de movimentos sociais, entre eles, o movimento feminista (Ramalho *et al.*, 2012).

Ocorre que os movimentos feministas e de mulheres reivindicavam ações de saúde que contemplassem de forma global as necessidades das mulheres (Rattner, 2014). Desde a década de 1970, a corrente majoritária do movimento feminista no Brasil, engajada na luta por direitos das mulheres, como saúde reprodutiva e sexual, trabalho, educação, violência e política, possuía posição favorável à liberação do aborto fundamentada na autonomia sobre o próprio corpo. Entretanto, segundo Scavone (2008) os debates e atividades políticas feministas em favor da legalização da prática no país foram marcados por avanços, negociações e recuos. Por vezes, para manter as alianças políticas com setores da esquerda ortodoxa e da Igreja Católica progressista contra a Ditadura, a palavra “aborto” foi omitida. Da mesma forma, na *Carta das mulheres*, encaminhada ao Congresso Nacional durante as mobilizações do movimento para a redação da Constituição Federal de 1988, não foram feitas referências diretas ao aborto, a fim de taticamente conservar outros avanços obtidos em relação à legislação sobre a prática em meio ao avanço dos setores conservadores (Scavone, 2008).

Por outro lado, as reivindicações feministas culminaram na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, no bojo de uma discussão propagada pelo movimento da Reforma Sanitária em prol da reorganização do sistema de saúde de maneira descentralizada, hierarquizada e regionalizada, contando ainda com atividades educativas direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde – premissas posteriormente consideradas pela Constituição Federal de 1988, arcabouçando, mais tarde, a

elaboração do SUS (Ramalho *et al.*, 2012). A assistência integral proposta pelo PAISM abrangia as assistências clínico-ginecológica e educativa, condicionadas ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério, o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST), os cânceres do colo uterino e mamário e a assistência ligada à concepção e contracepção (Brasil, 1984). Embora o programa tenha contribuído para a cisão entre saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher e reconhecesse o problema do aborto provocado, não havia disposições sobre a sua assistência.

Essa ausência refletia não apenas as dificuldades em lidar com a questão (Scavone, 2008), mas também as lacunas existentes mesmo em relação aos serviços de aborto legal. O primeiro serviço para atendimento às mulheres nos casos previstos em lei surgiu quase 50 anos após o último Código Penal, em 1989, no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya (Aquino *et al.*, 2012; Scavone, 2012). Esse e outros serviços que surgiram apenas foram regulamentados em 1999, com a publicação da norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” que, além de estimular a normatização e a estruturação dos serviços, passou a isentar as mulheres da obrigatoriedade de apresentar Boletim de Ocorrência (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal (IML) quando a gravidez decorresse de violência sexual (Madeiro & Diniz, 2016).

A norma supracitada tinha como pano de fundo conferências das Nações Unidas no campo da saúde e dos direitos humanos reprodutivos (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994) e sexuais (Conferência Mundial da Mulher em Beijing, 1995), precipuamente, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará/ONU” – que reconhece a violência doméstica, sexual e/ou psíquica contra a mulher enquanto violação de direitos humanos (Pará, 1994; Bandeira & Almeida, 2015). Esse evento contribuiu para que se colocasse em pauta a discussão sobre a humanização das práticas na atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual (Brasil, 1999; 2005a).

No início do século XXI, a discussão sobre a humanização das práticas na atenção às mulheres em situação de abortamento continuou ativa. Nessa direção, o MS apresentou, em 2001, a publicação “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”, a fim de veicular conceitos e práticas entre profissionais de saúde, que permeiam a assistência humanizada ao parto, aborto e puerpério. Essa publicação aprofundou na conceituação de qualidade da atenção ao abortamento e pós-aborto, compreendida como “[...] um conjunto de ações oferecido à mulher durante e após a interrupção de uma gestação, quer espontânea ou induzida, estendendo-se até o 42º dia após o término da gravidez” (Brasil, 2001, p. 147).

É, entretanto, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (PNAISM) que os cuidados ligados à situação de abortamento aumentam sua visibilidade no campo político (Guaresh, Medeiros & Nardini, 2007). Além de ampliar a representação de mulheres em sua diversidade, a PNAISM integra um processo de desenvolvimento de políticas públicas no âmbito da saúde feminina e inserção do debate de gênero e integralidade (Kornijezuk, 2015). A partir desse enfoque, a PNAISM formaliza legalmente diretrizes e objetivos no sentido da melhoria da atenção obstétrica, do planejamento familiar, atenção ao aborto inseguro e combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2011). Porém, é com o surgimento da Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), publicada em 2005 e reeditada em 2011, que os profissionais e serviços de saúde passam a contar com um guia para inserir novas abordagens na acolhida e atenção, tanto em casos de aborto legal, quanto provocado (Lima & Deslandes, 2014).

A NTAHA busca oferecer às mulheres, aos serviços e à sociedade um paradigma capaz de tornar seguro, sustentável e eficaz a atenção às mulheres em situação de abortamento. Tendo como horizonte os Direitos Humanos e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a NTAHA contém revisão de normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica. Sua estrutura divide-se em cinco itens: a) Marco conceitual da atenção ao abortamento – com aspectos sobre o paradigma da atenção humanizada ao abortamento; b) Aspectos ético-profissionais e jurídicos do abortamento – normas, disposições e tratados de cunho ético e jurídico no plano internacional e nacional que perpassam o tema do aborto, direitos reprodutivos e sexuais e conduta ético-profissional; c) atenção clínica ao abortamento – engloba aspectos que vão desde o diagnóstico à escolha das técnicas abortivas e/ou de esvaziamento intrauterino; d) Planejamento reprodutivo pós-abortamento – orientação e oferta de métodos contraceptivos para planejar a reprodução e vida sexual (Brasil, 2011).

A norma supracitada representa um passo importante num contexto de criminalização do aborto pelo qual se (re)produz ambiente cultural de culpa e estigma, que penaliza essencialmente as mulheres (Adesse *et al.*, 2015). No âmbito das instituições de saúde, essa penalização comumente recai sobre as mulheres na forma do que se tem denominado violência institucional. Segundo Minayo (2008), a violência institucional é aquela que ocorre dentro das instituições, através de regras, normas e de funcionamento e relações burocráticas e políticas, refletindo as estruturas sociais injustas e, por isso, incidindo na maneira com a qual são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, esse tipo de violência pode ser identificado por várias formas:

- ◆ peregrinação por diversos serviços até receber atendimento
- ◆ falta de escuta e tempo para a clientela

- ◆ frieza, rispidez, falta de atenção, negligência
- ◆ maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental
- ◆ violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar)
- ◆ desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico
- ◆ violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional, entre outros)
- ◆ detrimento das necessidades e direitos da clientela
- ◆ proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos
- ◆ críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação
- ◆ diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência (Brasil, 2001, p. 21-22).

Assim, contrariando as orientações dispostas na NTAHA, há significativa literatura que apontam aspectos e práticas profissionais que configuram violência institucional em situações relativas ao aborto. Em estudo sobre a experiência de 16 mulheres de Cabo Frio/RJ (Carvalho & Paes, 2014), com histórico de 44 gravidezes, das quais 22 desembocaram em aborto (a maioria realizado mediante uso de misoprostol, curiosas e clínicas clandestinas), 12 mulheres relataram complicações, principalmente hemorragia, cólica, febre e dores. Em decorrência disso, 10 mulheres procuraram serviços de saúde. Em 8 casos, a atenção recebida nesses serviços foi avaliada como “péssima ou ruim”, havendo relatos de discriminação e pré-julgamentos associados à percepção de que o aborto foi induzido. O restante das mulheres (12) acabou não procurando serviços de saúde por receio, insegurança, medo de ser denunciada ou ausência de complicações.

O medo de sofrer denúncia em serviços de saúde não é uma possibilidade distante da experiência de algumas mulheres que realizaram aborto. No Rio de Janeiro, atendendo à solicitação da Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, a Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça efetuou levantamento de dados referentes à consulta de processos de aborto em trâmite, buscando traçar o perfil das mulheres criminalizadas. No total, 55 processos foram divididos em três grupos de acordo com a tipificação penal prevista para o aborto. Em suma, quando se trata de processos de mulheres que abortaram em clínicas clandestinas, a própria investigação policial é a principal fonte (52,3%) de conhecimento dos casos de aborto. Já em casos nos quais 20

mulheres realizaram aborto sozinhas ou com ajuda de terceiros, o que deu início a investigação de 13 delas foi a denúncia feita pelo próprio hospital/Posto Médico (30,9%) (Rio de Janeiro, 2018).

Em Salvador, Gonzaga e Aras (2016) se debruçaram sobre os relatos de cinco mulheres internadas em decorrência de complicações pós-abortamento. Esses relatos cobriram 10 experiências de aborto das quais 6 resultaram em complicações que precisaram de atendimento médico especializado. Foi observado que os receios próprios do ambiente de criminalização ligado ao aborto no país se somam ao medo de descaso e humilhações perpetradas pelas equipes de saúde. Além disso, as experiências de hospitalização foram assinaladas pela falta de informação por parte da equipe médica sobre o quadro de complicações e respectivas intervenções, sendo que os métodos de esvaziamento uterino ou outros procedimentos executados foram feitos sem consulta prévia às pacientes.

Especificamente sobre a violência institucional, Silva, Cordeiro e Silva (2016) realizaram discussão a partir do relato de três mulheres em situação de abortamento sobre a assistência de enfermagem no Rio de Janeiro. Os resultados indicaram atendimento inadequado tanto dos médicos quanto da equipe de enfermagem. As mulheres informaram que os profissionais de saúde levantaram suspeitas em relação à suas condutas, duvidando da palavra das pacientes. Em dois casos, as mulheres ainda relataram ter sentido dor durante o processo de curetagem.

Contando com uma amostra maior, Madeiro e Rufino (2016) recuperam histórias de violência institucional entre 78 mulheres que provocaram aborto e estiveram internadas em hospital público em Teresina após sofrerem complicações de saúde. Para mensurar a violência institucional, os autores utilizaram 7 categorias sugeridas pela Agência para Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID), como a falta de confidencialidade, cuidado clínico sem consentimento, violência física, negligência, retenção na instituição, tratamento não digno e discriminatório. De acordo com os resultados, 26 mulheres relataram desrespeito e abuso durante a internação, sendo que 17 mulheres que sofreram julgamento moral e/ou ameaças de denúncia à autoridade policial confessaram a indução do aborto aos profissionais de saúde. Mesmo entre outras 44 mulheres que avaliaram seu tratamento de forma positiva, 13 casos continham formas de assistência que poderiam ser caracterizadas como discriminatórias. Constrangimento, ausência de privacidade e, sobretudo, desconforto ao ser internada em unidades conjuntas com puérperas com recém-nascidos também foram relatados.

Em três hospitais públicos de Salvador, Carneiro, Iriart e Menezes (2013) buscaram compreender a experiência de internação de 19 mulheres que induziram aborto. Assim como

outros estudos supramencionados, o medo de ser maltratada esteve presente, inclusive repercutindo na demora pela procura de tratamento de sintomas ocasionados pelo aborto inseguro. Logo na etapa de triagem, houve relatos de repreensão e agressão verbal depois da confirmação da causa do aborto. Enquanto aguardavam tratamento, as pacientes se sentiram preteridas na assistência em comparação com as parturientes e com àquelas que sofreram aborto espontâneo; a falta de orientação e espera demasiada foram percebidas como uma punição velada acompanhada pelo sentimento de invisibilidade na maternidade. A falta de informação sobre os procedimentos e a permanência na maternidade junto às parturientes também foi relatada como mais um aspecto desconfortável no processo de hospitalização. Apesar da experiência relatada pelas mulheres ter sido caracterizada por desrespeito ao pudor, abandono, isolamento e sofrimento físico e emocional, paradoxalmente as pacientes perceberam o atendimento de forma positiva.

Buscando entender melhor essas práticas de (des)cuidado, a literatura tem direcionado seu foco para a percepção dos profissionais de saúde envolvidos na atenção ao abortamento. No trabalho de Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) foi analisado o discurso de cinco enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem numa maternidade pública em Salvador/BA. Os resultados indicam discursos perpassados por conceitos de criminalização, censura, julgamento reprovação e punição relacionada ao aborto provocado. Mesmo em casos legais, as profissionais de enfermagem consideravam o aborto como crime e, sobretudo, um pecado, o que tornavam as mulheres culpadas pelas leis do homem e pelas leis de Deus. Segundo as autoras, a percepção e postura das equipes de enfermagem frente ao aborto provocado influenciam significativamente na maneira de assistir e se relacionar com mulheres nessa situação.

Num centro obstétrico da Região Sul do Brasil, Silva *et al.* (2015) buscaram conhecer a percepção de 12 profissionais de enfermagem sobre a atenção à mulher em situação de abortamento induzido. Embora as enfermeiras se esforçassem para não julgar as mulheres que provocaram aborto, foi observado que o cuidado acontecia de forma mecanicista, focado na execução de técnicas, sendo que as profissionais afirmaram ter mais facilidade no atendimento às pacientes que sofreram abortos espontâneos. Nesses casos, elas conseguiam estabelecer maior comunicação a fim de confortar as mulheres.

No trabalho de Soares *et al.* (2012) sobre aspectos que norteiam práticas de enfermagem ligadas às mulheres em situação de abortamento, também foram percebidos resultados semelhantes. Havia ênfase nos aspectos técnicos e clínicos da assistência às mulheres, resultando num distanciamento entre o profissional de saúde e usuárias. Na visão dos profissionais investigados, a falta de tempo, o número excessivo de usuárias e a estrutura

física frágil eram os principais obstáculos à atenção humanizada às mulheres. Também foi percebido julgamento por parte dos profissionais de enfermagem em relação ao aborto provocado.

Além de interferir nos cuidados, a percepção e os valores dos profissionais podem criar certos obstáculos ao direito ao aborto previsto em lei (Adesse *et al.*, 2015; Lemos & Russo, 2014). O trabalho de Dios (2016) buscou conhecer quais discursos de verdade eram necessários para que a mulher tivesse seu direito ao aborto em caso de gravidez resultante de estupro reconhecido. Foram conduzidas 82 entrevistas com 26 médicos, 19 assistentes sociais, 18 psicólogos, 10 enfermeiros e 4 diretores de unidades de saúde que atuavam em serviços de aborto legal localizados em 5 capitais brasileiras. Apesar das peculiaridades de cada serviço, em quatro instituições havia um regime de suspeição no qual a mulher não era vista como alguém em busca de um direito, e sim alguém que poderia estar mentido. Dessa forma, o comportamento, as roupas e demais sinais e características que não infringem a lei eram considerados indícios cruciais para o reconhecimento da mulher enquanto vítima de estupro. A mulher precisava contar sua história para vários profissionais que procuravam identificar um “nexo causal” entre a gravidez e a violência sexual, e contradições em seu relato⁴.

A atenção a esse tipo de detalhe parece estar presente também na distinção entre o aborto espontâneo e o provocado. No trabalho de Santos (2014) sobre a percepção de 28 profissionais de saúde – oito médicas(os), uma psicóloga, nove enfermeiras, quatro assistentes sociais e seis técnicas de enfermagem – acerca do aborto numa maternidade na Bahia, enquanto as mulheres com aborto espontâneo eram percebidas como “frágeis”, “chorosas”, com “cara sofrida” comumente acompanhadas pela família e mais abertas aos procedimentos de saúde, aquelas que induziram abortos (as “curetas”), eram vistas como “indiferentes”, “arredias”, “agressivas”, “caladas”, comumente usando “microsaías” e acompanhadas de um homem. Essas percepções sobre o aborto e sobre as usuárias internadas por abortamento tiveram impacto significativo nas práticas desempenhadas pelos profissionais, que foram caracterizadas pelo cuidado desumanizado e violência institucional.

No estudo de Santos (2014), o conhecimento dos profissionais sobre a NATAH era quase “nulo”. Na mesma direção, Aquino (2012) buscou compreender a atenção à saúde da

⁴ O referido trabalho também conta com outra versão, que é parte da mesma pesquisa de doutorado de Vanessa Canabarra Dios, e leva o nome de Diniz (2014) como autora principal, frisando o fato de que a verdade sobre o estupro não estava condicionada à narrativa da vítima, e sim a uma construção discursiva e moral produzida pela submissão feminina aos sistemas periciais do serviço. Assim, a verdade e confiabilidade da narrativa acerca do acontecimento do estupro perpassava quatro pontos principais: 1) “nexo causal” – compatibilidade entre a data da última menstruação e da data da violência sexual; 2) Marcas e comportamento – adolescentes e mulheres com “piercings”, “tatuagens”, “estilo liberal”, “comportamento” (ser “safadinha”); 3) “Contexto”: situação conjugal (violência sexual dentro de relação conjugal era alvo de desconfiança); e 4) “Trauma” – categoria pela qual se mensurava o sofrimento da vítima a fim de legitimar seu relato. Esse regime era necessário para a construção da mulher enquanto “vítima” e merecedora de “compaixão”.

mulher em situação de abortamento à luz da proposta da NTAHA. Sua pesquisa teve como participantes 9 mulheres atendidas num Centro Obstétrico em hospital municipal da cidade de São Paulo e 4 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiras e 2 médicos. Os resultados mostraram desconhecimento dos profissionais quanto à NTAHA, presença de julgamento velado direcionado a todas as mulheres que recorrem ao serviço, quer seja em decorrência de aborto espontâneo, quer provocado. Também foram percebidas práticas de cuidado estreitamente restritas aos procedimentos técnicos, sendo que as pacientes se queixaram da falta de informação e diálogo com os profissionais de saúde. Tanto Santos (2014) quanto Aquino (2012) ressaltam a necessidade de investimento na capacitação e formação de profissionais de saúde.

Benute *et al.* (2012) também investigaram o conhecimento e percepção de profissionais de saúde sobre as leis brasileiras em relação ao aborto. O estudo envolveu 119 profissionais (48,7% eram médicos, 33,6% profissionais de enfermagem e 17,6% de outras áreas) que atuavam em Departamento de Obstetrícia de hospital num hospital universitário e em outro público, em São Paulo. Ao serem questionados se acreditavam que seus colegas de trabalho discriminavam as mulheres que provocavam aborto, 50% dos médicos, 7,5% dos profissionais de enfermagem e 14,3% dos demais profissionais acreditavam que isso acontecia. Em relação ao desconhecimento sobre a legislação brasileira, os profissionais de enfermagem apresentaram conhecimento menor do que os médicos sobre as normas jurídicas.

O trabalho de Farias e Cavalcante (2012) analisou as percepções de profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães sobre o aborto legal no Rio de Janeiro. Participaram do estudo 24 profissionais, 3 médicos(as) anestesistas, 6 enfermeiros(as), 11 obstetras, 2 assistentes sociais e 2 psicólogas. As autoras perceberam ausência de discussão sobre a temática do aborto durante a graduação, sendo que muitos profissionais tiveram acesso ao tema apenas durante sua inserção profissional. Mesmo entre os obstetras, esse tema esteve ausente nos cursos de pós-graduação *stricto* ou *lato sensu*, já que o foco da formação desses profissionais circunscreve-se à visão curativa e biológica da doença. Embora houvesse oferta de atividades de capacitação, muitos profissionais não participavam, seja por terem como foco o parto ao invés do aborto, incompatibilidades de horário e ausência de convocação ou vaga.

Preocupado com a formação profissional, estudo realizado com 111 estudantes de enfermagem de uma universidade pública em Natal/RN buscou descrever suas opiniões sobre o aborto (Brito *et al.*, 2015). A maioria dos graduandos (60,4%) declarou ser contrária à descriminalização da prática no país. Além da influência dos preceitos cristãos, os resultados

indicaram que, na visão de 45,0% dos estudantes de enfermagem, o aborto é um “ato de desespero”, e para 27,9% trata-se de uma forma de assassinato.

Lemos e Russo (2014), por sua vez, se debruçaram sobre a visão de profissionais acerca do aborto e suas práticas profissionais durante um curso de PAISM/Contracepção. Esse curso ocorria no Espaço Mulher, e 11 profissionais de saúde (7 enfermeiras e 4 assistentes sociais) foram observadas durante dois meses ao longo de um módulo teórico. Quando questionadas se o curso havia modificado a visão sobre o aborto, o discurso das treinandas foi predominantemente contrário à prática. O aborto era percebido como um crime não apenas no sentido penal, mas também no sentido moral e religioso. Embora a maioria tivesse reconhecido a necessidade do cuidado, acolhimento e postura não discriminatória, foi observada dificuldade de efetivar uma dissociação entre o que se pensa e o que acontece no cotidiano do serviço. Através da NTAHA, o MS (Brasil, 2011) reconhece a dificuldade dos cursos de graduação e da formação nos serviços tanto em proporcionar separação entre valores e convicções pessoais da prática profissional, quanto em abordar sentimentos e questões que vão além da prática biomédica.

A formação é sem dúvida um caminho profícuo para compreender e buscar melhorias na atuação profissional. Porém, profissionais de saúde podem ter as mesmas limitações e ambiguidades do meio ao qual pertencem (Loureiro & Vieira, 2003). Ou seja, assim como as pessoas comuns, os trabalhadores em saúde também possuem crenças, concepções e valores que antecedem, procedem e são exteriores a sua formação acadêmica. Num estudo envolvendo 17 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campina Grande-PB, as percepções da equipe de saúde variaram entre aquelas que consideravam o aborto um assassinato cuja punição deveria ser rigorosa, e aquelas que compreendiam o aborto como um direito que deveria ser garantido ou ampliado. No primeiro caso, para alguns participantes a causa do aborto induzido era atribuída à falta de amor próprio da mulher e pelo feto, atestando sua covardia em renunciar à maternidade. Já no segundo, questões econômicas ou relacionadas ao direito de escolha e autonomia eram levantadas (Miranda, 2011).

Já no trabalho de Wiese e Saldanha (2014) foram investigadas crenças de profissionais de saúde e de direito sobre o aborto provocado em João Pessoa/PB. Participaram do estudo 25 profissionais, sendo 5 ginecologistas/obstetras, 7 enfermeiros e 3 psicólogos, e 10 da área do direito – 6 promotores de justiça e 4 juízes. A maioria (19) dos participantes compartilhavam crenças contrárias a descriminalização do aborto, baseando-se na sacralidade e heteronomia da vida, perpassadas por crenças de caráter religioso sobre a independência do feto enquanto outra pessoa. O restante dos participantes (6) possuía crenças favoráveis à descriminalização do aborto, aderindo a discursos pró-escolha fundamentados nos direitos reprodutivos e

sexuais, na redução de riscos e de danos ocasionados pela criminalização, e na autonomia corporal feminina. Em relação às sugestões de enfrentamento ao aborto, diferentemente dos profissionais de saúde que defendiam o sigilo profissional acerca das pacientes que provocaram aborto e medidas socioeducativas e morais como forma de punição, os profissionais da área do direito defenderam que é dever do profissional de saúde denunciar as mulheres que provocaram o aborto, visto como equiparável ao homicídio e digno de penas mais rigorosas. Em suma, as autoras destacaram que algumas crenças foram observadas somente no grupo de profissionais do direito, em decorrência da especificidade da profissão, enquanto outras – por exemplo, heteronomia da vida e autonomia reprodutiva – pareciam se relacionar a outros aspectos que também podem demarcar grupos.

Até aqui somente o estudo acima assinalou as variações sutis que podem estar associadas às especificidades de cada profissão. É certo que profissionais de saúde compartilham vários aspectos em comum que perpassam o cuidado e elementos ético-jurídicos, no entanto, cada profissional conta com peculiaridades relativas não só a sua subjetividade e formação, mas também à história e à deontologia profissional. Juntamente com outras questões cotejadas pelos trabalhos anteriormente citados, esses aspectos podem ocasionar dificuldades e limitações próprias que refletem na atenção ao abortamento. Assim como a polícia, médicos(as) e profissionais de enfermagem têm dificuldade de trabalhar com questões percebidas como culturais, sociais e subjetivas, isto é, que não operam sob a racionalidade biomédica de intervenção, escapando do campo anatomo-patológico (Schraiber & d'Oliveira, 1999; Schraiber, 1997; Farias & Cavalcante, 2012).

Por conseguinte, diversos estudos têm dirigido sua atenção aos grupos de profissionais de enfermagem (Silva *et al.*, 2015; Soares *et al.*, 2012; Brito *et al.*, 2015), e principalmente aos médicos e médicas (Diniz, Madeiro & Rosas, 2014; Loureiro & Vieira, 2003; Osis *et al.*, 2013; Faúndes *et al.*, 2004; Faúndes *et al.*, 2007; Madeiro *et al.*, 2015; França-Junior *et al.*, 2015; Darzê e Azevedo, 2013). Sobre essa última categoria profissional, suas relações com pacientes são hierárquicas por definição, havendo relações desiguais de poder que marcam a interação médico/paciente. O exercício desse poder e autoridade se estende de diferentes formas a todos os profissionais de saúde que participam da assistência às mulheres, pois os médicos se encontram no topo da hierarquia como aqueles que possuem a maior autoridade técnico-científica sobre o corpo (Aguiar, d'Oliveira & Schraiber, 2013).

Para Aguiar e d'Oliveira (2011), o poder exercido pelo médico baseia-se na autoridade cultural e moral que a profissão médica obteve na sociedade. Essa autoridade, entretanto, não está alicerçada apenas em conhecimentos científicos e tecnológicos, mas também em valores e crenças culturais compartilhadas como socialmente verdadeiras. Em outras palavras, a

autoridade médica se sustenta em dois pilares: a legitimidade científica e a dependência dos sujeitos do conhecimento que o médico possui. Numa sociedade na qual a saúde é valor unívoco historicamente monopolizado pela medicina, a não obediência à autoridade médica pode desembocar em danos antecipáveis para o(a) paciente (Aguiar & d'Oliveira, 2011; Aguiar, d'Oliveira & Schraiber, 2013; Rohden, 2004).

Além disso, os médicos são a maioria nas equipes multiprofissionais em serviços de aborto legal (Farias & Cavalcante, 2012; Benute *et al.*, 2012). Isso contraria a NTAHA e a Portaria MS/GM Nº 1.508, cujo § 3º, indica que a equipe de saúde nesses serviços deve ser integrada minimamente por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo (Brasil, 2005). De 1920 até 2017, a quantidade de profissionais de medicina registrados no Brasil cresceu cerca de 2.219,8% (de 14.031 para 451.777) (CFM, 2018). Em suma, o sexo masculino ainda é majoritário, representando 54,4% nesse mesmo ano, enquanto as mulheres somam 45,6%, embora essa diferença venha decaindo, de modo que na quarta maior especialidade médica do país com maior representatividade (Ginecologia e Obstetrícia, com 8% – 30.415), as mulheres são a maioria, compondo 56,6% desses profissionais (Scheffer, 2018).

Aborto e medicina: o olhar médico

De modo geral, a atuação relacionada à interrupção da gravidez é tão antiga quanto a própria medicina (Galeotti, 2007; Martins, 2004). A despeito da proibição ao aborto no Juramento de Hipócrates, os tratados hipocráticos apresentavam vasta farmacopeia abortiva (Bodiou, 2017). Já o pai da ginecologia e da obstetrícia e precursor da noção de “aborto terapêutico”, Sorano de Éfeso (98-138 d. C.), não só classificava os métodos abortivos e descrevia sua variedade, como tipificava as motivações para a interrupção da gravidez, bem como a ocultação de consequências do adultério, a manutenção da beleza feminina ou em casos de riscos para a gestante (Valpassos, 2011).

Foi, entretanto, Galeno quem elaborou, no século II d.C., um modelo que permaneceu arraigado em certas áreas do pensamento médico durante cerca de dois milênios. Segundo esse paradigma, devido a uma suposta falta de calor, a mulher poderia ser vista como um homem invertido e menos perfeito, havendo apenas um sexo. O útero era o escroto feminino, os ovários eram testículos, a vulva o prepúcio e a vagina era o pênis invertido. O mesmo valia para os fluídos corpóreos, sendo o sêmen e a secreção vaginal equivalentes. Até esse ponto, as diferenças eram de grau e não de espécie e nem sequer havia, até a Renascença, palavras

distintas para se referir aos órgãos femininos (Laqueur, 2001). Os campos da ginecologia e da obstetrícia só irão se consolidar séculos mais tarde.

Os primeiros livros e manuais de obstetrícia escritos no século XVI dirigiam-se às “comadres” ou “matronas” – denominação das parteiras de nível cultural mais baixo –, haja vista ser vigorosamente interdito ao homem assistir ao parto (Rezende, 2009; Galeotti, 2007). Mantendo certa hegemonia na “arte dos partos”, às parteiras foram dirigidos, no início do século XVIII, manuais que visavam à sua instrução e treinamento, enquanto os cirurgiões passavam a ser convocados gradualmente nos partos que apresentavam sinais de complicação (Barreto, 2007; Carneiro, 2005). Cabe ressaltar, que até meados do século XVIII, ao contrário do médico cuja origem era nobre e a formação se dava na universidade, o cirurgião era indivíduo de origem popular, com formação prática e nem sempre distinguível do barbeiro (Galeotti, 2007). A princípio sua prática era vista pela população e entre a classe médica com desconfiança, pois nem sempre sua intervenção era exitosa (Martins, 2004).

Em meados do século XIX e no decorrer do século XX, o conhecimento médico-cirúrgico sofreu significativo aperfeiçoamento. Como a medicina não corresponde a um conjunto de saberes desvinculados do conhecimento geral, seu desenvolvimento como ciência sustentou-se simultaneamente no progresso de outras ciências que possibilitaram a elaboração de métodos próprios (Lopes, 1970). Allamel-Raffin, Leplège e Junior (2011) destacam que durante os séculos XVII e XVIII a medicina criou raízes científicas na medida em que se perdia a confiança no “saber livresco” e em “autoridades” como Hipócrates, Aristóteles e Galeno, o que culminou no surgimento de uma ciência que obedecia várias características hasteadas nos seguintes princípios: a) dualidade: múltiplas disciplinas construídas nesse período tinham natureza mista, supondo duplamente uma dimensão teórica e experimental; b) tecnicidade: aumento do arsenal de instrumentos, como o microscópio, bomba de ar, barômetro, detector de cargas elétricas dentre outros; c) revisibilidade: reconhecimento de que o saber armazenado deveria ser destituído de seu caráter dogmático e submetido a revisão e crítica intersubjetiva; c) interdependência dos métodos, conceitos e ferramentas de outras ciências instituídas a partir do século XVII, como a Física, a Química e a Biologia. Para Foucault (1977), o final do século XVIII, marca, assim, o nascimento da medicina moderna anatomopatológica, com Morgagni (1682-1771) – que estabelecia uma relação entre a lesão, da qual os sintomas decorriam, e o órgão, sede das doenças – e Bichat (1771-1802) que deslocava a unidade de estudo da anatomia do órgão para o tecido lesado, concebendo o organismo como conjunto de órgãos constituídos por tecidos elementares com estrutura anatomofuncional e papel fisiológico distintos (Allamel-Raffin, Leplège & Junior, 2011).

Esse movimento de transformação da medicina teve impacto significativo no contexto de produção da obstetrícia e do que viria a se denominar ginecologia (Rohden, 2004). Dentre os avanços técnicos que caracterizavam essa transformação, os dois mais proeminentes⁵ foram o progresso da anestesia e da antissepsia. A anestesia passou a ser reconhecidamente introduzida na cirurgia ginecológica e obstétrica após a administração do clorofórmio à Rainha Vitória durante um parto em 1853. Quanto à antissepsia, Pasteur (1822-1895) identificou causa microbiana em doenças infecciosas, reforçando a “teoria dos germes” e fornecendo um arsenal de medidas de higiene para situações cirúrgicas e obstétricas, que mais tarde foram inseridas por Lister (1827-1912) no campo cirúrgico mediante uso do ácido carbólico (Fenol) como antisséptico (Allamel-Raffin, Leplège & Junior, 2011).

Um dos efeitos produzidos por essas descobertas, foi a reintegração da cirurgia à medicina, adquirindo status de uma de suas mais importantes especialidades (Rezende, 2009). Para Rohden (2004), essa mudança no “status” do médico impacta também na crença da população sobre os benefícios da medicina, uma vez que a revolução desencadeada por Pasteur une a figura do médico à imagem de eficácia e veracidade dos princípios da ciência, fazendo com que o paciente deixe de seguir meros conselhos e passe a obedecer a ordens. Em suma, as descobertas constituíram condições técnicas básicas sobre as quais a ginecologia se consolidou como especialidade, que nas últimas décadas do século passado passa a configurar mais do que uma extensão da obstetrícia ou da cirurgia, integrando um campo de intervenção na saúde feminina que transborda o simples cuidado dos órgãos reprodutivos (Rohden, 2004).

Adicionalmente, rompeu-se com o paradigma do sexo único gerando estudos cujo foco não era as “semelhanças” entre homens e mulheres, e sim suas diferenças (Vieira, 2014). Agora não apenas os sexos eram incomensuráveis, mas também o corpo, a alma e até a moral passaram a ser abissalmente diferentes entre homens e mulheres (Laqueur, 2001). Contudo, a visão acerca da inferioridade feminina pouco se modificou. Compreender e explicar a diferença em relação ao homem, instituindo um prognóstico biológico e social configuram uma atividade intelectual que demandava a investigação do cérebro feminino, reiterando uma “verdade científica”: ao conhecer o órgão, se conhece sua função (Martins, 2004). Muitos manuais de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX defendiam a subordinação da parteira aos médicos e cirurgiões, alegando que as mulheres não foram dotadas pela natureza para desempenhar determinadas tarefas, já que seu cérebro, por exemplo, tinha menor peso e tamanho do que o do homem (Barreto, 2007).

⁵ Outros progressos técnicos de caráter instrumental também foram importantes, como a melhoria do fórceps (que aumentava as chances de salvar a criança, e já contava com 144 variedades em 1838), estudos sobre a pelve, e reinvenção da curetagem uterina, por Recamier entre 1842 e 1846, possibilitando a exploração da cavidade uterina (Carneiro, 2005; Barreto, 2007; Rohden, 2004).

Há aí uma “confusão” entre causa e efeito, pois a mesma sociedade que impedia as mulheres de adentrar diversos espaços as criticava por isso (Sagan, 1998). Mas tal “confusão” não era despropositada, pois as diferenças sexuais foram utilizadas para o controle e justificação da manutenção das mulheres na esfera doméstica, sob o postulado de que suas habilidades não permitiam outra função, que não a maternidade, o que coadunava com um contexto maior no qual vigorava significativa preocupação do estado com as taxas de natalidade e de mortalidade materna (Laqueur, 2001; Priore, 2004; Galeotti, 2007).

Essa preocupação é discutida de forma ímpar por Foucault (2008) através do que ele denomina por biopolítica. O autor entende como biopolítica a forma pela qual, a partir do século XVIII, procurou-se racionalizar os problemas com os quais a prática governamental se defronta, isto é, os fenômenos e variáveis próprias da população: a saúde, a higiene, a natalidade, a longevidade e etc. No campo da medicina, a introdução da matemática sob a forma de estatística fez com que os ambientes físicos e sociais fossem levados em conta, permitindo não só o avanço da ciência e o aprofundamento nas causas de óbito, mas também à recomendação aos governos de formas de prevenção sanitária (Allamel-Raffin, Lepège & Junior, 2011).

Munidos de um prestígio crescente, os médicos investiram numa medicina higienista com o propósito de ordenar impreterivelmente a família. Esse desígnio focava principalmente na maternidade e na infância, condições imprescindíveis para o aprimoramento do “capital humano” da nação, que deveriam ser devidamente protegidas (Rohden, 2004). As mulheres e as crianças se tornam alvos do discurso médico, que buscava intervir nos papéis familiares, regulando suas condutas física, moral, psíquica, sexual e social através da prescrição do modelo de “mãe higiênica”. Esse modelo contava com uma imagem de beleza feminina que se confundia com a representação de boa esposa e mãe geradora de muitas crianças, cuja feminilidade se refletia em traços corporais delineados pela presciência da natureza em relação a sua principal função (Rohden, 2004; Martins, 2004).

A partir do modelo de mãe se pensava o equilíbrio físico, mental e moral da mulher, da qual se discutia suposta fragilidade moral, sujeita aos desgovernos eróticos, à dissimulação, mentira e aptidões intelectuais “mediócras” (Rohden, 2004). Nas palavras de Priore (2004), a ciência médica emergia num cenário no qual a doença e a culpa se mesclavam, sendo o corpo feminino locus “[...] nebuloso e obscuro no qual Deus e o Diabo se digladiavam [...] [e] esse imaginário [...] constituía um saber que orientava a medicina e supria provisoriamente as lacunas de seus conhecimentos” (p. 66).

O saber médico foi, portanto, fundamental no processo de construção histórico-cultural do corpo feminino e na definição da mulher como sujeito (Knibiehler, 1991 *apud*

Vieira, 2014; Martins, 2004). Através da configuração de uma ciência da diferença sexual, a ginecologia e obstetrícia emergentes prescreviam papéis sociais distintos com base na função anatômica e biológica de homens e mulheres (Rohden, 2002). Sexo, gênero e raça eram algumas das categorias mais relevantes para os cientistas do século XIX (Vieira, 2014). Entretanto, essas categorias têm sofrido transformações ao longo da história. Com a inserção dos movimentos feministas e de mulheres, gênero tem sido, desde a década de 1970, o termo utilizado para teorizar a questão da diferença sexual (Vieira & Wadi, 2009). Scott (1989) entende gênero como “[...] um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e [...] uma forma primeira de significar as relações de poder” (p. 21).

Segundo essa perspectiva, masculino e feminino são considerados constructos sociais que fazem parte do regime de emergência dos discursos que configuram sujeitos (Perrot, 2001 *apud* Vieira, 2014). Ao discutir a violência contra a mulher, Schraiber e d’Oliveira (1999) afirmam que em tais constructos há naturalização de comportamentos e características sociais que consideram, por exemplo, “o homem sempre poderoso e agressor; a mulher sempre desprotegida e vítima” (p.14). O que reforça uma cultura de “proteção” na qual as mulheres são vistas como frágeis, incapazes e dependentes, o que as infantiliza enquanto sujeitos e imputa a necessidade de eterna vigilância (Schraiber & d’Oliveira, 1999).

Essa noção não pode ser ignorada quando se trata do âmbito da ginecologia e obstetrícia. De acordo com Gonzaga e Aras (2016), com a efetiva inserção do médico nos temas associados à gravidez e à contracepção, as mulheres foram perdendo seu protagonismo nesse processo, sendo que suas capacidades reprodutivas e seus corpos passaram a ser mapeados e controladas pela medicina de uma forma muito mais intensa e invasiva do que as intervenções médicas voltadas para a sexualidade masculina (Rohden, 2002; 2004). Quando se trata do aborto, essas intervenções foram ainda mais rigorosas, já que expressavam a relação estreita que se estabelecia entre o pensamento médico e o sistema jurídico (Vieira, 2014). Tal fato demonstra que, numa sociedade na qual o poder centra-se na vida, a lei tende a funcionar cada vez mais como norma, fazendo com que a instituição judiciária se integre num conjunto de aparelhos médicos e administrativos cujas funções são reguladoras (Foucault, 1999).

No Brasil, a presença ativa do médico apenas se tornou realidade no século XIX (Rezende, 2009). Com a vinda de d. João VI para o Brasil, foram criadas em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro, duas escolas médico-cirúrgicas as quais foram, em 1832, transformadas em faculdades de medicina (Machado, 1997; Rezende, 2009). Por conseguinte, a atuação dos médicos aliada aos cirurgiões se sobrepôs ao ofício das parteiras às quais passaram a ocupar

posições cada vez mais subalternas (Carneiro, 2005). Especialmente nos casos de aborto, sob influência de ideias biológicas que naturalizavam a maternidade e pregavam o amor materno, a medicina se opunha veementemente à prática, condenando-a como crime antinatural contrário à espécie e à nação (Priore, 2004; Vieira & Wadi, 2009).

Nesse contexto, a prática do aborto configurava profundo interesse da comunidade médica. Nas primeiras décadas do século XX, muitas teses médicas buscaram traçar o perfil de mulheres que violavam sua natureza ao praticar aborto (Vázquez, 2014). Não raro, essa atitude vista como “monstruosa” e “brutal” era considerada típica da etnia africana (Silva & Castilho, 2014; Vázquez, 2014). Utilizando informações do catálogo da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com 7.149 teses sobre diferentes temas e especialidades médicas, publicadas entre 1833 e 1940, Rohden (2001) analisou 1.593 trabalhos, dos quais 66 eram sobre o aborto. No geral, as teses englobavam o tema da diferença sexual, estando presente preocupação significativa com desordens relativas à ruptura dos limites que estabeleciam diferenças entre homens e mulheres. Muitas dessas desordens derivavam da recusa da maternidade, contundentemente explicitada através do uso de contraceptivos, do aborto ou do infanticídio; ou através de comportamentos tidos como masculinos, como demonstração de uma sexualidade considerada “agressiva” ou da persistência em trabalhar fora de casa. A etiologia dessas desordens, aproximadas à figura da degeneração, residia no mal funcionamento dos órgãos reprodutivos femininos, justificando tratamentos que iam do confinamento em hospitais de alienados até à cirurgia de excisão de ovários (Rohden, 2001).

Além do controle sobre a sexualidade feminina e naturalização de papéis sexuais, a inserção da ciência médica nas questões antes reservadas às parteiras e curiosas, ocasionou reformulação de políticas públicas (Vieira, 2004). Práticas costumeiras como o aborto, passaram a ser gradativamente criminalizadas no Brasil, através de legislações que, a exemplo do Código Penal de 1940, refletem o ascendente prestígio e a autoridade médica socialmente obtida⁶ (Martins, 2004; Vieira & Wadi, 2009; Gonzaga & Aras, 2016), delegando exclusivamente ao médico a tarefa de fazer cumprir a lei através do art. 128 (Bittencourt, 2003).

No final do século XX, atores sociais e profissionais de saúde buscaram apoiar e dar força às demandas femininas relativas ao aborto (Scavone, 2008). Seguindo essa tendência, parte dos médicos têm buscado romper com o discurso médico hegemônico que reduz o corpo

⁶ Sobre isso é pertinente lembrar que o art. 200 do Código Criminal do Império (1830) dobrava as penas para aqueles que fornecessem conhecimentos ou meios para provocar aborto, se os agentes fossem “[...] medico, boticario, cirurgião, ou praticante de taes artes” (Brasil, 1830). Até aqui, a medicina era tratada indistintamente como uma “arte”. Essa indistinção com outras “artes” permaneceu até o Código Penal de 1890, cujo § 2º do art. 300, reserva aos médicos e parteiras as mesmas penas.

feminino a sua função sexual/reprodutiva, visando outro entendimento sobre o aborto (Vieira, 2014; Vieira & Wadi, 2009). Em 2013, o Conselho Federal de Medicina ineditamente se posicionou em favor da legalização do aborto até a 12ª semana de gestação, em apoio à autonomia das mulheres e à proposta de anteprojeto de reforma do Código Penal Brasileiro que, em razão das forças partidárias conservadoras instauradas no legislativo, não logrou êxito (CFM, 2013).

Mas, diferentemente da 24ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, ocorrida em Oslo, em 1970, a deontologia médica no Brasil recusou-se a discutir a temática do aborto, optando por proibir a prática de atos vedados pela legislação, exigindo do médico que cumpra a lei específica nos casos de aborto – o Código de Ética Médica, art. 14 e 15 (Dallari, 2009). Há ainda o art. 10 do Código de Ética Médica (CEM) que veda ao profissional de medicina “acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos” (CFM, 2018, p. 6). Na prática, isso significa que o médico não pode fornecer endereço de clínicas clandestinas de aborto ou orientar sobre a compra de medicamentos para essa finalidade, e se caso conhecer alguma clínica de aborto ou colegas que propiciem endereços e orientações sobre práticas abortivas e não denunciar, estará violando o art. 19 do CEM (Loureiro & Vieira, 2003).

Em relação ao sigilo da paciente que recorre ao serviço de saúde por complicações decorrentes de aborto provocado, o art. 73 do capítulo IX do CEM veda ao médico “revelar ato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente” (2018, p. 11). Violar esse sigilo sem justa causa, conforme o art. 154 da seção IV do Código Penal, é passível de detenção de três meses a um ano, ou multa (Brasil, 1940). Sobre a atenção ao abortamento, assim como os outros profissionais de saúde, o(a) médico(a) dispõe da NTAHA, que o encarrega de juntamente com a equipe, acolher e escutar as pacientes nessa situação, de forma não discriminatória (Brasil, 2011).

Apesar disso, a literatura tem sistematicamente apontado a presença de julgamento, discriminação e outras formas de violência institucional envolvendo profissionais de medicina (Soares, 2003; Gesteira, Diniz & Oliveira, 2008; Santos, 2014; Soares *et al.*, 2012; Carneiro, Iriart & Menezes, 2013; Aquino *et al.*, 2012; Carvalho & Paes, 2014). Especificamente sobre esses profissionais, um estudo realizado na Bahia sobre representações sociais do aborto legal e ilegal entre 25 ginecologistas e obstetras observou esse tipo de situação (Zordo, 2012). Foram percebidas atitudes e práticas punitivas por parte desses profissionais ou dos auxiliares de enfermagem, sendo que algumas mulheres foram deixadas e “esquecidas” durante horas até serem atendidas. Dentre as razões ligadas a esse tipo de prática, foi destacada a influência

da criminalização do aborto, o estigma religioso introjetado pelos próprios médicos e representações sobre relações de gênero e do comportamento sexual e reprodutivo das pacientes.

O cotidiano desses profissionais é perpassado por tensões relacionadas ao tabu associado ao aborto (Soares, 2003). Estudo com dez profissionais do Serviço Social buscou compreender sua atuação diante de uma solicitação de aborto, observando que o cotidiano de atendimento nesse serviço é interpelado por questões religiosas e morais, sendo afirmado que médicos que fazem abortos legais comumente são tachados como “aborteiros” e sofrem discriminações que, por vezes, comprometem sua ascensão profissional, o que os fazem acionar a “objeção de consciência”, recusando-se a realizar o procedimento (Lolatto & Lisboa, 2013).

A objeção de consciência refere-se a um princípio garantido pelo Código de Ética Médica. O inciso VII do Capítulo I do Código diz que “o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje” (CFM, 2018, p. 3). Porém, tanto a NTAHA quanto o próprio Código ressaltam que esse princípio esbarra em exceções que contemplam circunstâncias nas quais não há outro médico que possa realizar o procedimento objetado, em situações de urgência ou emergência, ou quando a sua abdicação possa ocasionar danos à saúde do(a) paciente (CFM, 2018; Brasil, 2011).

Uma vez que a objeção de consciência pode significar mais um obstáculo ao direito feminino ao aborto legal (Madeiro & Diniz, 2016), uma boa pergunta a se fazer é: que “ditames da consciência” os(as) ginecologistas e obstetras têm quando se trata do aborto? Essa é certamente uma questão bastante complexa que se desdobra em outros inúmeros questionamentos. O trabalho de Diniz, Madeiro e Rosas (2014), por exemplo, buscou compreender as práticas e opiniões sobre o aborto legal em casos de estupro entre 1.690 ginecologistas-obstetras da Região Sudeste. Quase a metade (43,5%) dos médicos entrevistados informaram que não realizariam um aborto em caso de violação sexual, somente 20,9% o fariam nessas circunstâncias. Uma pequena parcela (11,2%) disse que realizaria o aborto por outras razões legais, como, anencefalia fetal (1,7%), ameaça a vida feminina (2,5%), ou ambos (7,0%). Além disso, a maioria (81,6%) afirma que exigia documentos que são desnecessários do ponto de vista da legislação nacional. Assim, a objeção de consciência resultava da ambiguidade entre a recusa médica de cunho individual e a obrigação institucional de fornecer cuidados às mulheres, sendo que, nos casos de estupro, pairava forte suspeita sobre o relato da vítima. Como a suspeita não era razão moralmente razoável para

recusar cuidados, 34% de 50 médicos entrevistados posteriormente a encobriam alegando motivos religiosos.

Faúndes *et al.* (2004) também se debruçaram sobre o conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas-obstetras sobre o aborto, nesse caso, induzido. 4.294 profissionais cadastrados na Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) responderam um questionário. Apesar de evidenciar lacunas no conhecimento médico sobre preceitos legais que orientam o aborto no país, os resultados desse inquérito constataram que 80% dos médicos eram favoráveis à ampliação das possibilidades legais de aborto. Além disso, verificou-se que, quanto maior fosse a proximidade do médico com a paciente com demanda de aborto, maior era a tendência em aceitar a interrupção da gestação, sem que isso significasse mudança em relação à rejeição à prática. 40% disseram que ajudariam alguma paciente, encaminhando-a para um médico de confiança e/ou dando orientações sobre uso de misoprostol. Se se tratasse de familiar próximo, essa porcentagem subia para 48%; e se fosse a própria mulher-médica ou parceira de homem-médico, o percentual sobe de 77,6 para 79,9%.

Esse mesmo estudo foi refeito com fins comparativos em 2005, dessa vez com 3.386 participantes (Faúndes *et al.*, 2007). Houve aumento tanto de opiniões em favor da ampliação das possibilidades jurídicas de aborto legal no país, quanto de posições que acenavam para proibição total ou restrição parcial da legislação (de 0,2% em 2003 para 7,5% em 2005). Além disso, de 2003 para 2005, pouco mais de um terço dos ginecologistas-obstetras continuava acreditando na necessidade de alvará judicial para realização de aborto legal em casos de gravidez derivada de estupro, e 50% em casos de risco à vida da gestante. Verificou-se ainda aumento substancial da proporção de entrevistados que acreditavam na necessidade de apresentação do BO e laudo do IML em casos de estupro (42 para 69% e de 28 para 46%, respectivamente).

Ao investigar o conhecimento e opiniões de 57 médicos, em Ribeirão Preto/SP, incluindo residentes, sobre aspectos ético-jurídicos do aborto, Loureiro e Vieira (2003) reiteram alguns desses achados. Em seu estudo, embora a maioria dos participantes (96,5%) afirmasse ter tido aula sobre aborto durante a graduação, principalmente nos cursos de Ginecologia/Obstetrícia e de Medicina Legal (52%), 74% e 65% acreditavam ser necessário o BO e laudo do IML para realização do aborto legal, respectivamente. Parcela significativa (21%) também desconhecia o fato de que o aborto era responsável por considerável parte das mortes maternas, o que contribuiu para classificação do conhecimento da maioria como médio. A maior parte desses profissionais (70%) discordava quanto à descriminalização do aborto, não o aceitando como escolha da mulher (77%), dificuldades socioeconômicas

(82,5%) ou gravidez na adolescência (58%). Aliás, se a prática fosse descriminalizada, 60% disseram que não a realizariam, e 51% respondeu que era dever do médico denunciar à polícia casos de aborto clandestino.

Ainda nessa perspectiva, França-Junior *et al.* (2015) compararam o conhecimento de médicos de hospital especializado no atendimento de mulheres com profissionais de um hospital geral em Santo André/SP. No total participaram 60 médicos, sendo 18 respondentes do Hospital da Mulher (GE) e 42 do grupo controle (Hospital Geral – GC). Os resultados indicaram que os dois grupos apresentaram desconhecimento sobre diversas questões relativas ao aborto legal, não havendo diferenças significativas entre eles. 39% dos integrantes do GE e 26,2% do GC, por exemplo, acreditavam que o aborto não estava entre as principais causas de mortalidade materna. Inclusive nos casos de anencefalia, 55,55% (GE) e 61,9% (GC) desconheciam o amparo legal da interrupção da gravidez. Assim como outros trabalhos, a maioria também considerava ser necessária apresentação de laudo do IML (GE 72,22% e GC 64,3%), acreditando que a apresentação do TCLE pela gestante não era suficiente (66,67% GE e 73,8%).

Como na literatura que engloba a equipe de profissionais de saúde, alguns estudos acabam direcionando o olhar para a formação dos médicos. Apostando na possibilidade de prever o comportamento de futuros médicos quanto ao aborto, Madeiro *et al.* (2015) avaliaram atitudes de estudantes de medicina sobre a objeção de consciência ao aborto legal. O estudo envolveu 1.174 estudantes de Medicina de três universidades em Teresina/PI. Uma fatia significativa dos estudantes estava nos anos pré-clínicos (34,8%), e 13,2% disseram que se recusariam a fazer o aborto em caso de risco à vida da gestante, 31,6% objetariam em casos de anencefalia fetal, ao passo que 50,8%, em casos de estupro. Houve, nesses três casos, relação considerável entre a crença religiosa dos estudantes e a objeção à prática. Metade dos alunos (50,8%) parecia não considerar o estupro como justificativa moralmente importante para interromper a gravidez. Além disso, 28% afirmaram que não encaminhariam a mulher para outro médico sem objeção, e 38,8% não explicariam à paciente todas as opções de tratamento. Para os autores, essa postura pode ser explicada pelo fato de que o encaminhamento para outro profissional pode soar como “cumplicidade”.

Ao que parece, essa postura sofre poucas alterações ao longo da formação no curso de Medicina. Darzê e Azevêdo (2013) avaliaram e compararam o conhecimento, atitudes e opiniões de estudantes de Medicina sobre o aborto durante o evoluir do curso. O estudo englobou 174 alunos de uma Escola de Medicina e de Saúde Pública na Bahia. Os resultados apontaram que o desenrolar do curso influenciava na melhora do conhecimento sobre a legislação brasileira (34,0% da primeira metade do curso para 68,9%) e também impactava no

grau de conhecimento sobre complicações físicas do aborto. Porém, não foi observada mudança de opiniões e atitudes sobre a prática, 55,6% da amostra se sentia desconfortável em realizar o procedimento, mesmo em casos legais.

Somadas à dificuldade de acesso e à baixa cobertura e qualidade dos serviços de aborto legal, que são mais presentes nas grandes capitais e estão ausentes em 7 estados, em muitos dos quais ainda se exige B.O. em casos de estupro (Madeiro & Diniz, 2016), as percepções, pensamentos e representações sociais de profissionais de saúde, sobretudo do campo da gineco-obstetrícia, contribuem para a criação de fortes barreiras ao acesso e à concretização de direitos das mulheres.

Uma vez que os modos de pensar, sentir e agir podem estar fortemente associados às representações sociais que os indivíduos elaboram sobre objetos do seu cotidiano, serão descritas mais detalhadamente, a seguir, os principais aspectos e definições que perpassam esse conceito dentro do quadro histórico de seu surgimento e do arcabouço teórico que o entorna.

Referencial Teórico e Metodológico

Os pressupostos teóricos e metodológicos que orientam o presente trabalho baseiam-se na perspectiva das Representações Sociais (RS). O termo Representações Sociais demarca tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os abrange e a respectiva teoria elaborada para explicá-los – Teoria das Representações Sociais (TRS) –, contemplando um amplo campo de estudos de caráter psicossociológico (Sá, 1995). Enquanto fenômeno, as RS designam um conjunto de regularidades empíricas que englobam ideias, valores e práticas de grupos humanos sobre objetos sociais específicos e processos comunicativos que os produzem e reproduzem. E, como teoria, refere-se a um conjunto de conceitos articulados que procuram explicar como os saberes sociais são produzidos, transformados e acomodados no tecido social através de processos de comunicação e interação social (Jovchelovitch, 2008a).

A definição do termo e criação deste campo de estudos devem-se ao psicólogo social romeno radicado na França Serge Moscovici. Através de sua tese e obra seminal *A psicanálise, sua imagem e seu público* (1961), o autor ofereceu um primeiro delineamento formal do conceito e teoria, num período em que desde a II Guerra Mundial, a sociedade passava a se fundamentar na comunicação e produção de conhecimento científico (Sá, 1995; Moscovici, 2003). Esse contexto acirrava a batalha intelectual entre ciência e senso comum, reproduzindo uma preocupação com aquilo que na França e em outros países de língua latina

era denominado “vulgarização” e “popularização” da ciência (Jovchelovitch, 2014; Jodelet, 2014).

Na década de 1950, um dos saberes que mobilizava debates entre intelectuais, estudantes e universitários parisienses, atingindo as camadas populares por meio da imprensa, era a Psicanálise (Moscovici, 1978; Sá, 1995; Spink, 1995). Atento à penetração desse saber nesses espaços, Moscovici debruçou-se sobre um “fenômeno particular” ligado à apropriação dos conhecimentos, conceitos e teorias pelo homem comum (Vala, 2004). Na primeira parte de sua obra, Moscovici contou com uma amostra representativa dos seguintes grupos: a) população de Paris; b) público de classe média organizada em subgrupos conforme o grau de instrução e nível socioeconômico; c) profissionais liberais; d) classe operária; e) estudantes universitários; e f) estudantes de escolas técnicas; também foram incluídos dois grupos menores das províncias para dar conta do contraste entre o urbano e o rural. Ao todo, foram realizadas 2.265 entrevistas que contemplavam as particularidades desses grupos (Moscovici, 1978; Spink, 1995). Na segunda parte de seu trabalho, foi realizada análise da imprensa francesa (Jesuino, 2014).

Mas a obra seminal de Moscovici também comportava em seu bojo um “fenômeno geral”. Trata-se dos processos pelos quais os sujeitos, em interação social, elaboram “teorias” acerca de objetos sociais, possibilitando a comunicação e organização de comportamentos (Vala, 2004). Em meio a esses processos, as RS foram definidas como “[...] *uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos*” (Moscovici, 1978, p. 26, grifos do autor). Ou seja, trata-se de um corpus organizado de conhecimentos e atividades psicológicas que permitem ao homem tornar a realidade física e social inteligível (Moscovici, 1978). Do ponto de vista estático, “[...] se mostram semelhantes a *teorias* que ordenam ao redor de um tema [...] uma série de proposições que possibilita que coisas ou pessoas sejam classificadas, que seus caracteres sejam descritos, seus sentimentos e ações sejam explicados e assim por diante” (Moscovici, 2003, p. 207, grifo do autor). Já vistas de forma dinâmica, as “[...] representações sociais se apresentam como uma ‘rede’ de idéias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluidas que teorias” (Moscovici, 2003, p. 338).

Uma definição formal unívoca do termo seria salutar, mas Moscovici não deu tanta importância a essa tarefa, pois entendia que a psicologia social enquanto ciência social não deveria tentar simular, por exemplo, a “perfeição” da Física (Sá, 1995). Em contrapartida, Jodelet (1989) apresenta uma definição bastante parcimoniosa das RS como “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p. 22).

Na obra moscovicianiana, tal conceito apoiou fortemente a missão tomada pelo autor de reabilitar o senso comum e a ambição de redefinir problemas e conceitos da Psicologia Social a partir do fenômeno das RS (Moscovici, 1978). No fundo, Moscovici (2003) reagia contra a ideia subjacente principalmente na tradição iluminista e marxista de que apenas os intelectuais eram capazes de pensar racionalmente, considerando os saberes comuns como meras distorções e erros (Wolter, 2014; Jovchelovitch, 2014; Vala, 2004). Em contraste, a TRS sugere que, ao contrário de receptores passivos, as pessoas e grupos pensam por si mesmos, produzem e comunicam ininterruptamente suas representações e soluções para as questões por eles colocadas (Moscovici, 2003; Filho, 1995). Isso implica numa visão de homem como um “sábio amador” ou “cientista amador” que procura entender e dar sentido ao mundo à sua volta, respondendo interrogações que o atormentam (Moscovici, 1978; 2003).

É dessa forma que as pessoas, grupos e sociedades agem em meio ao conhecimento do senso comum. Segundo Moscovici (1978; 2003), enquanto o conhecimento científico integra o *universo reificado* que, por sua vez, produz e faz circular a ciência e o pensamento erudito, caracterizado pela lógica e rigor metodológico, teorizações abstratas, divisão em especialidades e hierarquização conforme competência e mérito, o senso comum integra o *universo consensual* (Moscovici, 2003; Sá, 1995). Nesse último, a sociedade é vista como um grupo de indivíduos iguais e livres, os quais podem adquirir toda competência para elaborar entendimentos e RS que tomam a forma de “teorias” do senso comum em suas interações cotidianas (Moscovici, 2003). Em suma, ao contrário da ciência que parte das premissas para conclusões lógicas, no universo consensual se faz o contrário, de modo que “[...] a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente [...] [e] o veredicto precede o julgamento” (Leme, 1995, p. 48).

Na obra seminal moscovicianiana, foi proposto ainda, outra importante característica cotidiana dos indivíduos – polifasia cognitiva. A análise das RS da psicanálise havia apontado significativa variabilidade e plasticidade do senso comum, sendo exibidas diferentes racionalidades à medida que os sujeitos falavam sobre a psicanálise (Jovchelovitch, 2014). Nesse contexto, Moscovici (2003) sugeriu a hipótese da polifasia cognitiva, que “[...] significa, em primeiro lugar, que as pessoas são capazes de fato de usar diferentes modos de pensamento e diferentes representações, de acordo com o grupo específico ao qual pertencem, ao contexto em que estão no momento, etc.” (p. 322). Logo, “a polifasia cognitiva refere-se, pois, a um estado em que diferentes tipos de saber, possuindo diferentes racionalidades, vivem lado a lado no mesmo indivíduo ou coletivo” (Jovchelovitch, 2008b, p. 125).

Moscovici também buscou reintegrar a Psicologia Social às ciências sociais, oferecendo uma perspectiva situada entre o social e individual (Jovchelovitch, 2008a). Essa

vertente psicossociológica do conhecimento, entretanto, não é nova, de modo que suas raízes se confundem com as raízes da sociologia e da psicologia (Vala, 2004). A fim de renovar a disciplina acima mencionada, Moscovici buscou na sociologia de Durkheim um primeiro abrigo conceitual, mais precisamente em seu conceito de Representações Coletivas (Sá, 1995). Porém, as Representações Coletivas abarcavam um grupo de fenômenos muito genéricos, como a religião, o mito, a ciência e etc. (Moscovici, 1978). Assim, Moscovici transforma esse conceito sociológico no conceito psicossocial de RS, admitindo que as representações pelas quais se interessava não eram

[...] nem as das sociedades primitivas, nem as suas sobreviventes, no subsolo de nossa cultura, dos tempos pré-históricos. Elas são as de nossa sociedade atual, de nosso solo político, científico, humano, que nem sempre têm tempo suficiente para se sedimentar completamente para se tornarem tradições imutáveis (Moscovici, 2003, p. 48).

Ao substituir a noção durkheimiana, Moscovici também tinha como propósito enfatizar mais a inovação do que a tradição, e a vida em construção mais do que aquela preestabelecida (Vala, 2004). Há, é claro, outras razões que justificam o aspecto social das representações, sendo que o mais superficial seria o critério quantitativo cujo entendimento é o de que a representação é social na medida em que é compartilhada por um conjunto de pessoas (Jesuino, 2014). O segundo critério tido como genético afirma que seu caráter social se deve a sua produção coletiva, isto é, as RS resultam das interações e dos fenômenos comunicativos de um grupo social, expressando sua situação, projetos, estratégias e relações com outros grupos (Vala, 2004). E, por fim, há um critério de funcionalidade, ao qual Moscovici (1978) atribui grande importância:

[...] para se poder apreender o sentido do qualificativo social é preferível enfatizar a *função* a que ele corresponde do que as circunstâncias e as entidades que reflete. Esta lhe é própria, na medida em que a representação contribui exclusivamente *para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais* (p. 77, grifos do autor).

Não obstante, a substituição da noção durkheimiana não significa um total abandono do conceito de Representações Coletivas. Na TRS pode-se identificar três tipos de RS: 1) RS hegemônicas: são representações uniformes, inquestionáveis e coercitivas, designando entendimentos e significados amplamente partilhados por um grupo rigidamente estruturado, ou seja, as representações hegemônicas são as representações coletivas de Durkheim (Sá, 1998); 2) RS emancipadas: expressam a cooperação entre os grupos, originando-se a partir da troca de diferentes significados sobre o mesmo objeto; e 3) RS polêmicas: são geradas pelos conflitos sociais, sendo determinadas por relações antagônicas ou de diferenciação entre grupos sociais, e expressam pontos de vista excludentes sobre um mesmo objeto (Vala, 2004).

Todas essas definições refletem uma premissa fundamental nos estudos em RS: “[...] uma representação é sempre uma representação de alguém, tanto quanto de alguma coisa” (Moscovici, 1978, p. 26). Logo, não se pode falar de representação de alguma coisa sem se delimitar o sujeito, grupo ou população que mantém tal representação sobre um dado objeto (Sá, 1998). Para dar conta dessas dimensões imprescindíveis que integram os fenômenos de RS e as colocam ao mesmo tempo como produto e processo, a TRS dispõe de abordagens complementares, como a perspectiva estrutural de Abric que se ocupa mais do componente cognitivo das representações; a abordagem de Doise, cujo foco são as condições de produção e veiculação das RS; e, por fim, a abordagem processual de Jodelet e Moscovici (Sá, 1998; Spink, 1995).

Cabe aqui salientar a abordagem processual pautada em Moscovici (1978; 2003) e Jodelet (1989), na qual o presente trabalho se baseia. Em linhas gerais, a perspectiva processual preocupa-se com a forma pela qual as RS são produzidas e circulam entre os indivíduos, tendo em vista o fato de serem geradas pelas necessidades e desejos de grupos variados (Banchs, 2000). Ocorre que, ao mesmo tempo em que ideias, violação de normas e eventos extraordinários que perturbam o que se considera o curso normal e estável das coisas fascinam, também alarmam, pois toda ruptura com a familiaridade e experiência ordinária coloca em prática uma busca por sentidos e explicações sobre o que se percebe como estranho e/ou perturbador (Moscovici, 2003).

Para conferir familiaridade aos objetos, ideias ou seres não-familiares, é necessário fazer funcionar dois mecanismos distintos: ancoragem e objetivação (Spink, 1995). A ancoragem consiste no processo pelo qual ocorre a transformação de algo estranho, perturbador e intrigante num sistema de categorias e imagens comuns, ajustando o estranho em um contexto familiar (Moscovici, 2003). Trata-se da incorporação ou assimilação de novos elementos de um objeto num quadro de referência anterior, isto é, um sistema de valores próprio ao indivíduo, que possibilita denominar e classificar a partir dos vínculos que o objeto conserva com sua inserção social (Trindade, Santos & Almeida, 2014; Alba, 2014). Moscovici (2003, p. 62) afirma que ancorar é “classificar e dar nome a alguma coisa”. A classificação, por sua vez, ocorre por intermédio da escolha de um dos paradigmas ou protótipos em estoque na memória (Sá, 1995). O passo seguinte é decidir se o que está sendo examinado se parece com o protótipo, o que pode culminar na generalização de aspectos do novo estímulo ou diferenciação de outros. Como essa ação implica num desejo de considerar o objeto normal ou desviante, tal decisão não é neutra (Leme, 1995). De modo geral, o processo de ancoragem é, ao mesmo tempo, a redução do novo ao velho e a reformulação do velho, o tornando novo (Vala, 2004).

Já a objetivação corresponde à transformação de algo abstrato em algo quase concreto, unindo uma ideia não-familiar e abstrata à realidade (Moscovici, 2003; Jodelet, 1989). Nesse processo, as ideias deixam de ser percebidas como derivações da atividade intelectual de certos indivíduos e passam a ser tratadas como produtos de algo que existe exteriormente, havendo uma substituição do percebido pelo conhecido (Moscovici, 1978). Três fases permeiam o processo de objetivação: 1) seleção e descontextualização dos elementos de uma teoria ou mensagem, segundo critérios culturais e normativos; 2) elaboração de um núcleo figurativo, a partir da organização de elementos selecionados, como uma estrutura imagética que reproduz a estrutura conceitual; e 3) naturalização dos elementos no núcleo figurativo, fazendo das figuras legítimos elementos da realidade (Jodelet, 1984). Nessa última etapa, Vala (2004) ainda destaca a personificação – associação de uma teoria ou objeto a um sujeito (Moscovici, 2003) –, a figuração – substituição de conceitos complexos por imagens e metáforas – e a ontologização – atribuição de qualidades ou forças às ideias ou palavras.

Portanto, ancoragem e objetivação são ambas, sobretudo, formas distintas de lidar com a memória. Segundo Moscovici (2003), enquanto a ancoragem mantém a memória em movimento e a direciona para dentro, a objetivação de certa forma é direcionada para fora, extraindo conceitos e imagens os quais são agrupados e reproduzidos no mundo exterior.

Uma vez formadas, as RS podem cumprir importantes e diferentes funções para determinados sujeitos e grupos numa sociedade. Para Moscovici (2003), além de convencionalizar objetos, pessoas e acontecimentos, as representações têm caráter prescritivo, isto é, se impõe sobre as pessoas com uma força irresistível que resulta da combinação de uma estrutura que está previamente presente e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado. Mais especificamente, existem quatro funções sistematizadas por Abric (2001): 1) Função de saber: as RS possibilitam aos atores sociais obter conhecimentos e incorporá-los num quadro assimilável e compreensível, facilitando a comunicação social; 2) Função identitária: possibilita, a identidade grupal, na medida em que, ao compartilhar uma RS, o indivíduo pode tanto diferenciar um grupo de outro, quanto se sentir pertencente a algum grupo; 3) Função de orientação – como afirma Moscovici (1978, p. 48-49), a RS é “[...] ‘preparação para a ação’ [...] na medida em que guia o comportamento [e] [...] remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar”; e 4) Função justificadora: permite justificar a posteriori as posturas e comportamentos praticados em relação a um objeto ou alguém. Assim, a TRS oferece um rico arsenal de ferramentas voltadas à compreensão de objetos e grupos sociais situados na esteira de processos psicológicos e sociais (Jovchelovitch, 2008a).

No Brasil, embora distintas abordagens de pesquisa em RS coexistam, uma característica comum refere-se ao uso da TRS e dos modelos de RS no enfrentamento de problemas, que atingem a sociedade brasileira na atualidade (Jodelet, 2011). Um desses problemas, diz respeito ao aborto, cuja legislação restritiva no Brasil reveste a prática e as mulheres que abortam de estigma (Adesse *et al.*, 2011). Perante o aborto, a sociedade, autoridades políticas, instituições religiosas, veículos midiáticos e profissionais de saúde são compelidos a se posicionarem e significarem uma prática que por um lado desencadeia debates e polêmicas, mas tem aceitação quando ocorre de maneira silenciosa e invisível (Mikael-Silva & Martins, 2016).

Essa realidade converge com algumas das condições determinantes para a construção de RS. A primeira delas refere-se à *Pressão à Inferência*, que decorre da incessante busca do indivíduo por consenso com seu grupo e das ações que demandam respostas às exigências associadas a cada momento, implicando no preparo de respostas pré-fabricadas que forcem um consenso de opinião a fim de garantir a comunicação e a validade da representação (Santos & Almeida, 2005). Como afirma Moscovici (1978) “é como se o objeto exercesse a sua própria pressão sutil em alguma parte, entre os fatores do meio ambiente” (p. 101). Já a segunda diz respeito ao *engajamento* – interesse consciente ou inconsciente pelo objeto; e por último, à *Defasagem e Dispersão de Informação*, que engloba tanto as condições de produção, circulação, acesso e exposição às informações sobre um dado objeto, quanto a diversidade de informações disponíveis e possíveis obstáculos a sua apreensão (Filho, 1995).

A literatura sobre representações sociais de médicos e outros profissionais de saúde sobre o aborto ainda é incipiente. Porém, estudos já mencionados ao longo do capítulo anterior oferecem, a partir de distintos referenciais teórico-metodológico, sólidos indícios acerca da influência das formas de pensar, sentir e agir de profissionais de saúde em suas práticas cotidianas em relação ao aborto (Carneiro, Iriart & Menezes 2013; Wiese e Saldanha, 2014; Carvalho & Paes, 2014; Madeiro & Rufino, 2016; Silva, Cordeiro & Silva, 2016; Gesteira, Diniz & Oliveira, 2008; Dios, 2016; Diniz *et al.*, 2014). Para Moscovici (2003), de forma concreta, as crenças, representações e preconceitos são sustentados por uma RS específica. Adicionalmente, os achados dos trabalhos supramencionados apontam na direção de uma última e não menos importante condição para produção de RS, qual seja a *Focalização e Engajamento*. Essa condição pressupõe que a atenção dada pelo sujeito aos aspectos do ambiente social é variável, haja vista que uma informação sobre um novo objeto será diferentemente apreendida por indivíduos dependendo de seus hábitos lógicos, acesso à informação, valores, classe profissional e social (Santos & Almeida, 2005; Filho, 1995).

Não obstante, alguns estudos vêm indicando a pertinência da TRS em relação à temática do aborto⁷ (Zordo, 2012). A fim de entender a violência institucional realizada por profissionais de saúde em casos de aborto, Aldana e Schuck (2010) procuraram identificar representações sobre aborto entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Chapecó. Foram realizadas 16 entrevistas com agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, médicos e dentistas. Em suma, foram observadas representações e posicionamentos ligados a discursos historicamente baseados em verdades absolutas sobre a vida e mitos acerca da naturalização da maternidade e do amor materno.

Numa maternidade pública em Salvador/BA, Pérez *et al.* (2013) buscaram apreender o conteúdo e estrutura de representações sociais de 147 mulheres sobre o aborto provocado. Os resultados apontaram que o núcleo central das representações se ancora na vivência, valores e conceitos construídos pelas mulheres quanto ao aborto, sendo composto pelas palavras “crime”, “pecado”, “coragem”, “dor”, “culpa”, “morte” e “tristeza”. Já os elementos do sistema periférico foram “remédio”, “preconceito”, “maldade”, “raiva” e “difícil”.

O trabalho de Soares (2003) investigou representações de três assistentes sociais, dois psicólogos, três enfermeiros e quatro obstetras sobre o aborto legal. Para a autora, a visão dinâmica das representações permitiu a expressão de diversos significados colocados em campos opostos e conflitantes. As representações de aborto entre os profissionais variaram entre a compreensão da prática como um direito, em contraposição à concepção do aborto como um pecado que impõe culpa e sofrimento às mulheres que o fazem.

Em estudo envolvendo Grupo Focal integrado por oito enfermeiras da Atenção Básica à Saúde em Chapecó, Mortari, Martini e Vargas (2012) buscaram relatar representações sobre cuidado com mulheres em situação de abortamento. Foram observados discursos perpassados por conflitos e representações sobre a preservação da vida ancoradas na religiosidade cristã, que orientavam tentativas de influenciar as mulheres a não interromper a gravidez e/ou o abandono das pacientes nessa situação. Além disso, as autoras afirmam que representações sobre aborto ancoradas em pressupostos religiosos e tradições culturais sempre farão parte do imaginário coletivo.

Ademais, o aborto é um objeto cuja natureza polêmica descortina diversos temas e expõe as contradições e ambivalências da própria vida social (Valpassos, 2018; Ribeiro, 2012). Trata-se de um assunto que conta com certa aceitação quando ocorre de forma

⁷ Amparando-se no quadro teórico das RS, o presente trabalho não ignora as diferenças que possam existir entre, por exemplo, o aborto espontâneo e o induzido, ou entre o aborto legal ou ilegal. Porém, considerando a proposição basilar de que não há RS sobre tudo, isto é, as RS são sempre de algum objeto de alguém (Moscovici, 1978;2003; Sá, 1998), a aposta do presente trabalho é de que não deve haver uma representação tão específica para o grupo estudado. Ademais, esperou-se, com isso, deixar a cargo do grupo investigado a tarefa de verbalizar as diferenças que perpassam a prática.

silenciosa e invisível, mas gera intenso debate quando eclode para a esfera pública – geralmente através da mídia (Mikael-Silva & Martins, 2016). Pouco sensíveis às sutis diferenças, os meios de comunicação de massa tendem a apresentar o aborto como questão polêmica e objeto de disputa entre atores sociais, grupos e instituições cujos interesses são polarizados e antagônicos (Mikael-Silva & Martins, 2018; Sagan, 1998). Parte da polarização nos debates sobre o assunto decorre da presença de dois grupos, os pró-vida (*pro-life*) e pró-escolha (*pro-choice*) (Ribeiro, 2012; Pires, 2013). Ambas as categorias derivam do famigerado caso *Jane vs. Wade* que tomou a Suprema Corte norte-americana na década de 1970, na qual Jane Roe batalhou pelo direito ao aborto no estado do Texas (Sagan, 1998; Torres, 2012). A repercussão internacional desse caso auxiliou na consolidação dessas formas automáticas e dicotômicas de se posicionar no debate público sobre a legalização do aborto, constituindo uma das principais fontes de argumentos e discursos sobre aborto que são amplamente compartilhados na sociedade (Ribeiro, 2012; Wiese, 2012; Aquino, 2012; Barreiras & Weber, 2014; Mikael-Silva & Martins, 2018).

No Brasil, esses grupos ganharam força na década de 1970 e 1980 no âmbito de debates travados pelo movimento feminista em prol da legalização do aborto (Dalmolin, 2011; Scavone, 2008). Basicamente, os grupos pró-vida são formados por segmentos cristãos, bem como católicos, evangélicos e espíritas cujos interesses são abertamente defendidos por bancadas e movimentos suprapartidários, como é o caso da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Família e Apoio à Vida, que em 2014 contava com quase 1/3 dos deputados e 13 senadores no Senado Federal (Miguel, Biroli & Mariano, 2017).

Em linhas gerais, os grupos pró-vida defendem a heteronomia e a sacralidade da vida (Wiese, 2012; Wiese & Saldanha, 2014). Por conseguinte, as representações sociais desses grupos se estruturam a partir de um valor básico considerado indiscutível referente à vida (Vala, 2004). Como o feto ou embrião é visualizado como uma entidade personificada e independente do corpo da gestante, isto é, uma pessoa humana, o aborto é tratado como homicídio (Sagan, 1998; Barreiras & Weber, 2014; Segre, 2006). A mulher, por sua vez, é preterida em relação ao feto e sua função maior, a maternidade (Pilecco, 2010). A vida é revestida de sacralidade e transcendentalismo judaico-cristão, sendo um dom de Deus (Luna, 2013; Almeida & Bandeira, 2013). Há ainda uma noção de família que perpassa o tradicional modelo triangular e patriarcal, no qual a sexualidade é circunscrita à procriação e ao matrimônio (Dalmolin, 2012; Biroli, 2014). Em geral, esse grupo constrói uma retórica visual pautada em imagens dos diferentes estágios do desenvolvimento embrionário a fim evidenciar a individualidade de fetos, sua condição de pessoa e a violência do aborto (Luna, 2014).

Já os grupos pró-escolha defendem primordialmente o direito de escolha e a autonomia feminina sobre seu próprio corpo (Aquino, 2012; Wiese, 2012; Sagan, 1998; Scavone, 2008). Sob a ótica desses segmentos, o feto e suas diferentes fases do desenvolvimento embrionário não detêm o mesmo estatuto moral, sobretudo, como pessoa (Sagan, 1998). Não se trata de negar direitos morais do feto enquanto ser vivo, e sim da ideia segundo a qual a vida se inicia no momento da fecundação (Segre, 2006). Pelo contrário, considera-se que a vida “[...] é uma cadeia ininterrupta que remonta quase à origem da Terra, 4,6 bilhões de anos atrás” (Sagan, 1998, p. 123). Já a condição de pessoa se opõe a uma definição puramente biológica, abarcando também o campo da cultura, sociedade e direitos civis (Tornquist, Silva & Lago, 2008; Duarte, 2012; Pires, 2013; Luna, 2013). Ademais, os grupos pró-escolha pautam-se nos direitos reprodutivos e sexuais, defendendo a autodeterminação das mulheres quanto à sexualidade e denunciando a ineficiência da criminalização do aborto (Luna, 2010). Em termos de imagens, o movimento pró-escolha foca-se na mulher enquanto sujeito moral e na experiência do aborto, dando ênfase ao sofrimento e violência que atravessam a criminalização e a condição de clandestinidade (Luna, 2014).

É digno de ressalva que, não raro, ambos os movimentos se baseiam nos mesmos dispositivos jurídicos – Constituição, Código Civil, Código Penal, por exemplo – ou campos do saber, como a Biologia, Medicina, Direito e Religião. Acontece que não são as diferentes áreas do conhecimento e tampouco as legislações, responsáveis pelas visões conflitantes sobre o aborto, mas sim a moralidade de cada grupo que concilia conhecimentos jurídicos, biomédicos, morais e religiosos aos interesses e pontos de vista que buscam defender (Valpassos, 2011). Não menos importante, uma última consideração a ser feita é a de que, conforme Miguel, Biroli e Mariano (2017) constataram ao avaliar 915 discursos provenientes de debates acontecidos na Câmara dos Deputados brasileira entre 1991 e 2014, a despeito do vínculo com as igrejas, os parlamentares contrários ao avanço de leis sobre o aborto, reduziram, com o passar do tempo, o apelo a argumentos indiscriminadamente religiosos, enquanto os defensores da legalização da prática passaram a priorizar argumentos de saúde pública em detrimento daqueles associados à autonomia feminina.

A partir de tudo que foi dito até aqui, parece bastante promissora a realização da presente pesquisa. Especialmente a temática do aborto mostra-se significativamente importante para o campo da saúde coletiva, das políticas públicas e da ginecologia/obstetrícia, podendo oferecer ainda, ricas contribuições para a área da Psicologia Social, sobretudo para a perspectiva das RS. Por se tratar de um assunto extremamente complexo, serão apresentados a

seguir, os objetivos que delimitam a proposta deste trabalho. Na sequência, serão apresentados os métodos e estratégias que permitiram a concretização desta pesquisa.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar e analisar as Representações Sociais de médicos (as) ginecologistas e/ou obstetras sobre o aborto.

Objetivos Específicos

Investigar o conhecimento de médicos(as) ginecologistas e/ou obstetras sobre o aborto e sobre as legislações e normas que perpassam a atenção à saúde de mulheres em situação de abortamento;

Descrever como ginecologistas e/ou obstetras entendem e avaliam a prática do aborto;

Analisar a relação entre as Representações Sociais sobre aborto e as práticas dos(as) ginecologistas/obstetras a ele associadas.

Métodos

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar as Representações Sociais (RS) de médicos(as) ginecologistas e/ou obstetras sobre o aborto. Os participantes da pesquisa foram médicos(as) que atuam ou atuaram em maternidades, ambulatórios e serviços de aborto legal de hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Belo Horizonte foi uma das primeiras capitais a fornecer suporte para a prática. Para localizar os participantes, a estratégia adotada neste estudo envolveu o contato com profissionais que trabalham ou trabalharam na assistência e atenção à saúde da mulher, permitindo maior liberdade para descrever experiências e opiniões sobre um tema considerado controverso como o aborto.

Nesse caso, antes da etapa de campo, foi realizada busca por profissionais de saúde mediante Amostragem em Bola de Neve (*Snowball sampling*). Essa técnica não-probabilística baseia-se na identificação de indivíduos com perfil adequado para a pesquisa, a fim de que essas pessoas ajudem o pesquisador a contatar o próximo indivíduo a ser investigado, que, por sua vez, é solicitado a indicar novos contatos com características almejadas, dentro de sua rede pessoal, e assim sucessivamente (Dragan & Isaic-Maniu, 2013; Becker, 1993). Trata-se de um recurso útil para pesquisar grupos de difícil acesso ou questões delicadas, de caráter privado (Vinuto, 2014). Especialmente no caso de profissionais de saúde que lidam com o abortamento em sua rotina de trabalho, essa técnica vem sendo utilizada de forma proveitosa (Leal, 2010; Kimport, Weltz & Freedman, 2016; Suh, 2014). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e recebeu aprovação através do parecer nº 3.421.154, nos conformes da Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Já na etapa de campo, foram entrevistados 20 profissionais da área da ginecologia e/ou obstetrícia que atuam (ou atuaram) em serviços de atenção ao aborto legal e/ou prestam (ou prestaram) assistência à saúde de mulheres que provocaram abortos. Os critérios de inclusão dos participantes foram: a) fazer ou ter feito parte da equipe multidisciplinar que acolhe mulheres em casos de aborto, conforme a equipe prevista pela NTAHA (Brasil, 2011); b) ser médico ou médica com residência em ginecologia e/ou obstetrícia; c) ter feito atendimento às mulheres que realizaram a prática ou trataram complicações pós-aborto; d) aceitar participar do estudo. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

As entrevistas com os profissionais selecionados foram orientadas por roteiro semiestruturado (Apêndice A) com questões sobre: a) perfil profissional, formação, tempo no emprego atual, religiosidade; b) conhecimento sobre as legislações e normas que perpassam a

situação do aborto no país e a atenção ao abortamento; c) experiências dos profissionais nesses serviços, práticas e procedimentos realizados na atenção à saúde das mulheres que procuram por assistência às complicações decorrentes de aborto provocado; d) percepções acerca do aborto e das mulheres que o realizam. Todas as entrevistas foram marcadas com os próprios médicos(as) através de ligação ou mensagem via Whatsapp, sendo agendadas em dia, hora e local escolhidos pelos(as) profissionais. Em geral, as entrevistas ocorreram em domicílio, consultório ou outro local de trabalho. Essas entrevistas foram gravadas, após o(a) entrevistado(a) ler e assinar o TCLE. A duração média das entrevistas foi de 37min07s.

Manzini (1990) afirma que a entrevista semiestruturada foca em um objetivo sobre o qual se elabora um roteiro com questões principais, complementadas por outras perguntas provenientes das circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode favorecer a emergência de informações de maneira mais livre, de modo que as respostas não estejam condicionadas a certa padronização de alternativas (Manzini, 2004). Segundo Triviños (1987), esse tipo de entrevista favorece não apenas a descrição dos fenômenos sociais, mas também a explicação e compreensão de sua totalidade.

O tratamento dos dados foi fundamentado nos pressupostos da Pesquisa Qualitativa que, de acordo com Minayo (2009), responde a questões significativamente particulares, ocupando-se com fenômenos humanos os quais constituem a realidade social, isto é, “[...] o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” “[...] e representações” (p. 21-24). A autora ainda completa que os estudos qualitativos possibilitam a compreensão e interpretação dessa realidade. Ademais, embora seja difícil delimitar precisamente quais são os métodos mais adequados para cada uma das distintas perspectivas complementares à Teoria das Representações Sociais (TRS), esquematicamente a abordagem processual das RS associa-se aos métodos qualitativos de coleta e análise dos dados, por possibilitarem compreensão da gênese, elaboração e partilha das RS (Sá, 1998; Flick, 2009).

Para a análise dos dados, optou-se pela Análise de Conteúdo (AC) alicerçada nos pressupostos de Bardin (2011). A autora define a AC como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p. 44). Segundo Franco (2005), a AC se apoia numa concepção crítica e dinâmica da linguagem enquanto construção real da sociedade de modo geral, e como manifestação da existência humana que, em inúmeros períodos históricos, constrói e veicula RS no âmbito de interações estabelecidas entre a língua, o pensamento e a ação.

Especialmente em estudos de RS na perspectiva processual, a prática de pesquisa que combina coleta de dados por meio de entrevistas e, para análise, a técnica de análise de

conteúdo, é considerada clássica (Sá, 1998). Isso porque, além da AC e da TRS terem em comum o estudo dos processos de comunicação e constituírem modos de interpretação da realidade, refletindo comportamentos e práticas sociais dos sujeitos, a AC se compatibiliza a TRS na medida em que possibilita acesso a elementos que indicam RS, por meio de técnicas analíticas minuciosamente construídas e instrumentalizadas (Natt & Carrieri, 2014).

Bardin (2011) organiza a AC em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Em linhas gerais, a Pré-análise tem como objetivo a organização da análise, a operacionalização e sistematização das ideias iniciais por meio de possíveis atividades não estruturadas como a leitura flutuante, a escolha dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, referenciação de índices e indicadores e a própria preparação das entrevistas devidamente transcritas. Já a Exploração do material engloba uma fase longa e exaustiva, pautada em operações de codificação, decomposição ou enumeração, de modo que o material em análise recebe tratamento no sentido de ser codificado – processo que envolve a escolha das unidades de registro e de contexto, da enumeração e da escolha de categorias – a fim de atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Por fim, na terceira e última etapa, os resultados brutos são trabalhados em prol de serem significativos, válidos e fidedignos, possibilitando-se inferências e interpretações condizentes com os objetivos elencados. Cabe ressaltar que, uma vez que o presente estudo é de cunho qualitativo, a inferência foi fundamentada “[...]na presença do índice (tema, palavra, personagem etc.), e não sobre a frequência da sua aparição” (Bardin, 2011, p. 146).

Num primeiro momento foi realizada a transcrição literal das entrevistas pelos próprios pesquisadores. Em seguida, todas as entrevistas transcritas foram devidamente preparadas por meio da construção de um *corpus* organizado a partir de blocos de perguntas e respostas dadas por todos(as) os(as) entrevistados(as). Em um segundo momento, foi empreendida leitura exaustiva de cada bloco do *corpus* de entrevistas a fim de identificar e listar unidades de registro e de contexto. Todas as unidades temáticas encontradas em cada bloco foram enumeradas, classificadas e (re)agrupadas, segundo a presença e a proximidade de temas e significados comuns com o propósito de extrair-se categorias capazes de atingir uma representação do conteúdo e de sua expressão. Para tal, levou-se em consideração as qualidades desejáveis em boas categorias, segundo Bardin (2011): *exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e a fidelidade e produtividade*. Em um terceiro e último momento, as categorias foram organizadas em tabelas contendo a quantidade de respondentes seguida de sua descrição e das respostas mais representativas relatadas pelos (as) entrevistados (as) – identificados por nomes fictícios.

Resultados

Este capítulo pretende apresentar os resultados da pesquisa realizada em dois momentos. No primeiro, serão apresentados aspectos mais gerais, tais como o perfil sociodemográfico dos(as) participantes e outros dados mais descritivos que auxiliarão na leitura do conteúdo que virá na sequência. No segundo momento, por sua vez, os conjuntos de categorias resultantes da Análise de Conteúdo serão exibidos com trechos ilustrativos das falas dos(as) entrevistados(as).

Introdução aos resultados: perfil dos(as) entrevistados(as)

Participaram deste estudo 20 ginecologistas/obstetras (GO), igualmente divididos entre os dois gêneros (10 homens e 10 mulheres). A faixa etária desses profissionais variou de 34 a 67 anos de idade, sendo que a média de idade foi de 50,05 anos. Quanto ao estado civil, 70% (n= 14) dos entrevistados eram casados, 20% (n= 4) solteiros e apenas 10% (n=2) estavam divorciados. Em relação à formação/grau de escolaridade, 55% (n=11) dos participantes possuíam apenas residência em GO, ao passo que 15% (n=3) possuíam pós-doutorado, doutorado (15% – n=3) ou mestrado (15% – n=3). Já o tempo no atual emprego foi, em média, de 13,7 anos, variando de 4 a 37 anos. Quanto à religião, 50% dos participantes se declararam católicos, 15% (n=3) espíritas, 15% (n=3) eram agnósticos, 10% (n=2) se declararam cristãos, e o restante informou ser “católico/espírita” ou não ter religião. Sobre a religiosidade⁸, alguns entrevistados demonstraram dificuldades de se auto-avaliar a partir das alternativas oferecidas, sendo que metade dos participantes se declarava apenas religioso (a), 4 (20%) afirmaram ser pouco religiosos (as) e somente 2 (10%) se identificaram como muito religioso (a).

No momento da pesquisa, somente dois profissionais já não tinham vínculo profissional com algum hospital da Região Metropolitana de Belo Horizonte. O restante dos participantes, até o momento deste estudo, atuava em algum dos cinco hospitais contemplados neste trabalho, aqui referidos como Serviço A, B, C, D e E. As funções e contextos de atuação foram significativamente variados, porém a maioria dos participantes (45%) preceptoravam residentes em GO, davam plantão (40%), atuavam em consultórios particulares (30%), em pré-natal, sobretudo de alto-risco (30%) e ambulatórios voltados aos casos de aborto legal (30%), dentre outros.

⁸ Três participantes se descreveram como agnósticos e um sujeito afirmou não ter religião. Apesar de evidentemente não possuírem religiosidade, que fique registrado seu contundente reconhecimento de alguma forma de espiritualidade. Essa foi uma ressalva feita pelos 4 participantes sobre os quais versa essa nota.

Abaixo, a Tabela 2 reúne os 6 conjuntos de categorias emergidos após a análise, contendo uma descrição geral seguida do número de ginecologistas/obstetras respondentes. No 1º conjunto, todos os médicos e médicas identificaram um ou mais motivos para que as mulheres recorressem ao aborto. As razões para a realização do aborto foram bastante variadas, contemplando motivos ligados aos aspectos contextuais, situacionais, pessoais e psico-afetivos. O segundo grupo vem em seguida abrigando as experiências e situações de aborto e pós-aborto cotidianamente percebidas por 18 entrevistados. O terceiro conjunto de categorias, por sua vez, abarca a percepção, entendimentos e significados sobre o aborto construídos por 19 entrevistados. No 4º grupo, estão presentes relatos de 20 médicos(as) sobre práticas de (des)cuidado às pacientes exercidas pelos(as) profissionais, colegas e demais membros da equipe de saúde. No quinto e penúltimo conjunto, os (as) 20 médicos(as) discorreram sobre a existência ou inexistência de termos, “*nomes pejorativos*” (Malcom), “*nomenclatura pejorativa*” (Marisol) e “*apelidos*” (Miguel) destinados aos profissionais que realizam o aborto. Já o sexto e último conjunto de categorias comporta a opinião de 19 dos entrevistados a respeito da legislação atual. Os (as) ginecologistas/obstetras ponderaram sobre os avanços e limitações da legislação sobre aborto vigente no Brasil.

Tabela 1 – Número de categorias emergidas e descrição geral do seu conteúdo

Nº	Conjunto de categorias	M*
1ª	O começo de tudo: os motivos Engloba motivações associadas ao contexto brasileiro (legislações e fragilidades das redes de apoio) e pessoais (comportamento sexual feminino e planejamento reprodutivo/sexual, gravidez indesejada e incompatível com o momento de vida, emoções e sentimentos).	20
2ª	O (pós) aborto no cotidiano dos(as) profissionais Abrange as experiências cotidianas e frequência de situações de aborto realizado em casos legais e tratamento de complicações decorrentes de aborto provocado.	18
3ª	Construção de entendimentos sobre o aborto Apresenta a percepção dos(as) médicos(as) sobre o aborto, a avaliação pessoal/profissional sobre a prática, concepções e significados.	19
4ª	As práticas de (des) cuidado Reúne relatos sobre as práticas de cuidado e/ou de violência institucional exercidas pelo(a) médico(a), colegas e demais membros da equipe de saúde durante a atenção à saúde de mulheres em casos e situações de abortamento.	20
5ª	“Aborteiros” e “fazedores de anjo” Contém opiniões e relatos sobre a discriminação sofrida por profissionais que realizam o aborto dentro de condições legais ou sujeitos que o fazem clandestinamente.	20
6º	A lei atual: entre o avanço e o retrocesso Abranca a opinião dos (as) médicos (as) acerca da legislação brasileira em voga, seus avanços, limitações, necessidade de mudanças e possibilidade de retrocesso.	20

*Número de médicos (as) que responderam em cada categoria

Tendo apresentado os 6 conjuntos acima, a seguir serão apresentadas as categorias de cada grupo, seguidas do número de sujeitos e das falas mais representativas desses atores. Em cada categoria aparecem apenas os (as) médicos(as) cujos relatos e falas contribuíram para a formação da categoria apresentada.

O começo de tudo: motivos

Antes de apresentar-se os motivos citados pelos(as) médicos(as), convém ressaltar que 10 ginecologistas/obstetras destacaram o contexto com o qual as motivações para a realização do aborto parecem interagir. Tal contexto engloba as normas jurídicas brasileiras sobre o aborto que orientam a atuação dos(as) profissionais, isto é, as possibilidades legitimadas pelo Código Penal brasileiro, que exclui a pena para realização médica do abortamento. Dentro desse contexto, para as médicas Magali e Morgana, por exemplo, a própria violência sexual, já contemplada pela legislação penal, é importante justificativa para interromper a gravidez: “[...]a violência é uma situação gravíssima, um sofrimento muito grande. Então, assim, o que elas trazem ‘eu não vou suportar olhar pro... pra uma criança e lembrar que aquilo foi fruto de um... de uma violência’” (Magali). Outras mulheres “[...]abortam porque descobriram alguma malformação fetal” (Miguel), como “anencefalia” ou outra “malformação incompatível com a vida” (Moacir). Todas⁹ essas situações contam com suporte da lei atual e da jurisprudência, mas outras hipóteses configuram crime, o que torna “o fato de não ser legalizado” (Martina) ou a “falta de uma legislação que permita fazer” (Marvin) um influente contexto para que as mulheres procurem “os meios p[a]ra interromper a gravidez por ela[s] mesma[s], já que o Estado não dá suporte” (Monalisa).

Após essa observação, a Tabela 2 apresenta as cinco categorias sobre motivos que, na percepção dos entrevistados, levam as mulheres a recorrerem ao aborto.

Tabela 2 – Motivos¹⁰

Categorias	M
Falta de planejamento/conhecimento/inconsequência	13
Incompatibilidade da gravidez com a vida acadêmica/civil/socioeconômica	11
Não quer a gravidez	11
Falta e/ou fragilidade das redes de apoio	8
Medo/desespero	7

Na 1ª categoria – *Falta de planejamento/conhecimento/inconsequência* – 13 ginecologistas/obstetras apontaram motivos que estavam associados à falta ou

⁹ O aborto terapêutico não foi citado, o motivo para sua realização decorre de “avaliação médica” (Magnólia).

¹⁰ As categorias e a respectiva quantidade de sujeitos não estão organizadas por ordem decrescente, e sim pela lógica interna e cronologia de cada item.

impossibilidade de planejamento da gravidez. Para muitos profissionais, não ter “planejado” (Magno), “[...] falta de planejamento sexual e reprodutivo” (Marisol) e a “gravidez não planejada” (Marcelino e Milton) “[...] é o que leva elas a quererem [...] terminar a gravidez” (Moacir). Malcom atribui essa situação a “falha no planejamento familiar”. Ele afirma: “[...] como o Estado não fornece isso, essas pessoas ficam vulneráveis a uma gravidez [...], hoje 55% das gravidezes são não planejadas [...]então, a partir do momento que a gente falha no planejamento familiar, essas mulheres vão se expor a uma gravidez”. Melina também cita a “falta de planejamento familiar”, porém não se trata de uma falha do Estado, e sim da ausência “de uma ação dela [da mulher] própria”: “[...] porque nos Postos tem, né, tem todos os métodos contraceptivos, tem o DIU que ela pode colocar e usar 10 anos, [...] tem preservativo, tudo isso tem nos Postos de Saúde de graça. E não há dificuldade pra... pra se conseguir” (Melina).

Outros entrevistados se referiram a “falta [...] de educação” e “desconhecimento” (Magnólia) das mulheres sobre “a questão [...] [e] o próprio [...] planejamento familiar” (Marvin) como “fatores que vão influenciar” (Marvin). A médica Morgana afirma que há “adolescentes que engravidam por ignorância, porque não sabem usar um método, ou porque nunca consultaram ou porque não entenderam como que o método deve ser usado” e depois acabam recorrendo à métodos “pré-históricos” para interromper a gestação. Para o Malvino a gravidez não planejada também pode ser “fruto” de “um momento impensado” ou de “inconsequência por droga, por alguma coisa”. Sobre isso Mabel, além de reiterar que no “calor da hora, [a mulher ou adolescente] não pensa em nada”, adiciona: “[...] Eu acho que... eh... é a ilusão do ‘ah, eu posso que comigo não vai pegar’ sabe, eu acho que é uma inconsequência, uma falta de previdência... [...] eu posso beber, posso dirigir que eu não vou bater” (Mabel). A gravidez decorrente de “relação momentânea” (Marisol), sem “vínculo afetivo” (Melina), ou de “relação extraconjugal” (Morgana), da qual “aquela gravidez não pode aparecer” (Malcom), também são situações mencionadas, como no seguinte trecho: “[...]fruto de relação momentânea né, algumas nem conhecem o acompanhan... né, o... o... a pessoa né, o parceiro, eh... situações de menor de idade que num sabe nem quem é, né, ou trai... ‘conheci na festa, num sei mais quem é’” (Marisol).

Na 2ª categoria – *Incompatibilidade da gravidez com a vida acadêmica/civil/socioeconômica* – 11 ginecologistas/obstetras indicaram motivos associados a um momento de vida feminina incompatível com uma gravidez, sobretudo não planejada. Sobre isso, Malcom afirma “[...] aquela gravidez chega numa situação de vida onde que ela não estava preparada pra... pra receber essa criança, né”. O não preparo está relacionado a aspectos da vida socioeconômica, acadêmica e civil das mulheres. A “situação econômica”

(Marisol), “*questões financeiras*” (Monalisa) e “*condições socioeconômicas*” (Marvin) são elementos que podem conduzir a paciente “[...] *à conclusão que ela não tem condição nenhuma de cuidar*” (Magnólia) e a “[...] *procurar um aborto inseguro mesmo*” (Magnólia).

[...] ehh... questões financeiras ... eh... questões ... ehh ... de manutenção da vida mesmo, né, mulheres inclusive que são mães já, três filhos, né, engravida e ... e fala: “olha, não dou conta, não tem como, ter mais um”, né (Monalisa).

A vida acadêmica, a carreira ou o fato da mulher estar “*sozinha*” (Moacir) sem parceiro também foram destacados. O médico Milton cita como exemplo: “[...] *a maior parte das ... das vezes são gravidez não planejada, às vezes a paciente não trabalha e tá fazendo... assim, tá num... num... estudando, não casada [...] aquele não é o momento de vida pra vim uma gravidez*”. A fala abaixo reforça isso:

Já tive uma paciente, por exemplo, que aparentemente não tinha nada que justificasse porque ela queria interromper a gestação. Ela até já era casada, mas ela tava fazendo doutorado e se ela interrompesse a gestação ia dar tudo certo, mas se ela não interrompesse ia atrapalhar o doutorado. Ela optou por fazer, a interrupção [...]. Ela optou pela carreira, então cada um tem sua razão e a maioria delas eu vejo que é não conseguir se enxergar com aquele filho (Morgana).

Muitos entrevistados discorreram sobre esse “[...] *momento difícil que não seria o ideal*” (Miguel), mas poucos falaram sobre a gravidez. Esses poucos a descreveram como “[...] *um compromisso pro resto da vida*” (Mabel). Milton ressalta que mesmo uma “*gravidez planejada*” é “*difícil*”: “[...] *depois que nasce, essas coisas todas, pra você cuidar dum filho, as coisas não são fáceis*”. Assim, esse “*compromisso*” exige planejamento e preparação e impacta na vida das mulheres e de sua família, conforme a fala abaixo:

Então, a ... a mulher ela tem que tá preparada, psicologicamente, fisicamente pra gestar, entendeu? Então, assim, num basta simplesmente num é... num é só engravidar, é muito mais do que isso, né. É para sempre, é o que eu penso, né. Eu penso assim, ah, o neném, o filho é para sempre, para sempre. Então, assim, cê tem que dá, né, todo o ... quando cê decide, né, ser mãe, ser pai, cê vai ter que dá o ... que ... não tô falando da parte financeira, não, mas do apoio incondicional para sempre. Então, é uma decisão muito séria, ser mãe e ser pai... (Matilde).

Na 3ª categoria – *Não quer a gravidez* – também 11 entrevistados indicaram o “*não querer a gestação*” (Magno) ou “*gravidez indesejada*” (Mathias), como um dos principais motivos que levam à prática do aborto. Nessa direção, o médico Miguel afirma: “*olha, a primeira coisa é gestação realmente indesejada, né, assim, acho que é a campeã, né [...] fundamentalmente a gestação indesejada, né*”. Igualmente, Mathias reforça: “[...] *a mulher não quer ter um filho, gravidez indesejada, ela não quer. Não deseja aquela gravidez de jeito nenhum*”. Para a médica Matilde, isso “*é muito individualizado*”, ela cita como exemplo o

caso de “[...] *uma paciente que chegou a inserir vinte [...] óvulos de misoprostol [...] e chegou com sangramento intenso*”, porque a gravidez era “*indesejada*” e ela não a “*quer[ia] de jeito nenhum*”. Já Mabel destaca que engravidar sem estar “[...] *querendo, é um drama pro resto da vida, mesmo que seja do marido*”, já que ela não queria um “*vínculo com [...] aquela pessoa desse jeito*”. As falas dos entrevistados apontaram para uma sutil distinção entre a gravidez não planejada e a gravidez indesejada. Ocorre que a gravidez pode não ter sido planejada e acabar sendo aceita, passando a ser desejada; ou em alguns casos, ela pode ter sido planejada, mas devido às falhas dos métodos contraceptivos em uso, ser indesejada: “[...] *a gente sabe que os métodos contraceptivos nenhum é 100% seguro. Então, mesmo usando, a gravidez acontece e quando a gravidez é indesejada [...] elas acham que não devem levar aquilo em diante*” (Martina). Em convergência, o médico Marcondes afirma: “[...] *mulher quando não quer ter o filho, mulher... a... a gente vê que a mulher quando ela põe na cabeça que não quer engravi... não quer ter o filho, ela vai até o último... vai até o último... tenta de tudo*” Por ser não planejada e indesejada, os entrevistados entendem que as mulheres buscarão interromper a gravidez, como exemplifica a fala abaixo:

E, essa gravidez vai ser uma não planejada, e muitas vez também indesejada! Tá, então quando ela é não planejada e indesejada, qual recurso que ela tem? Né, o recurso de quê? Da retirada da gravidez, do aborto (Malcom).

Na 4ª categoria – *Falta e/ou fragilidade das redes de apoio* – 8 entrevistados discorrem sobre aspectos que já começaram a se esboçar na categoria anterior, isto é, o fato de as mulheres optarem pelo aborto “*solitariamente*” (Miguel). Os entrevistados acabam desenhando um cenário no qual a paciente não conta com “[...] *uma rede de apoio p[ar]a criar aquela criança nem da parte dela nem da parte do parceiro*” (Matilde), com o qual ela pode estar vivendo “*uma relação tóxica [e] agressiva*” (Monalisa) na qual não há “*aceitação [...] em relação à gravidez*” (Malcom), e sim “*recusa de participação*” (Miguel). Sobre isso a médica Morgana conclui que: “[...] *talvez se tivesse tido alguém, um apoio, talvez levasse adiante a ideia da interrupção ou não. Talvez resolvesse ter a gestação, mas muitas delas não têm apoio*”. Além da falta/fragilidade nas redes de apoio mais próximas à mulher, alguns ginecologistas/obstetras acreditam que “[...] *a própria equipe é falha [...], [...] poucas pessoas sentam e conversam*” (Marisol), de modo que ao confessar ao(a) médico(a) a intenção de interromper a gravidez ilegalmente, as pacientes são “*abandonadas*”: “[...] *muito raro a gente ver alguma mulher [...] que manifesta a intenção de terminar a gravidez, o que a gente pode fazer é simplesmente lavar as mãos e dizer que nós não podemos fazer[...]. Elas são abandonadas à própria sorte*” (Moacir). Por conseguinte, a própria equipe de saúde que

poderia ter um importante papel na rede de apoio, por razões burocráticas e legais, acaba protagonizando um segundo abandono.

[...] a gente vive a realidade, a paciente não é tão fácil assim, a gente vê paciente aqui, às vezes vem... vem acompanhar outros pacientes e cê pensa assim, num tem o que comer, né. E, cê sabe que pra você marcar uma consulta, [...] é encaminhado do Posto, aí cê vai pro Posto, cê tem [...] determinada data pro cê marcar, cê passa pelo enfermeiro primeiro, a enfermeira vai agendar num sei quê. Aí, pra você conseguir passar no médico, não tem médico, porque os... nós... nós. As condições são ruins [...] Então, assim, falar que o acesso é... no geral, para a mulher... há métodos contraceptivos ou acompanhamento médico de qualidade, isso tem sido feito, eu discordo assim. Eu acho que isso dificulta. Então, a paciente já... já não é orientada, antes, né. Não sei como deveria ser, se é pelo médico, se na escola, se é pro... enfim... mas ela já não tem essa orientação, quando ela precisa (Magnólia).

Na 5ª e última categoria – *Medo/desespero* – 7 entrevistados indicaram o “medo” (Malcom) e o “[...] desespero de uma gravidez não planejada” (Marcelino) como motivos relevantes envolvidos na realização do aborto. Por não ter “planejado” e “não querer” a gravidez, o médico Magno afirma que a mulher acaba não tendo “condições pra [...] suportar a gravidez”. Nesse sentido, à exceção da médica Mabel que cita o “medo de engravidar” por “pânico de neném”, as pessoas das quais as mulheres não têm apoio, como a família, o “marido” (Morgana), do “serviço” (Martina) e os profissionais de saúde é que são apontados como as fontes do medo. Em suma, todos os aspectos abordados anteriormente parecem criar o que Morgana denomina como “situações de [...] desespero”, nas quais há presença de medo, solidão e desamparo, culminando no aborto clandestino. A fala de Marisol perpassa isso: “[...] tem medo da família, tem medo do pai, essa... essa mesmo de 13 anos escondeu a gravidez, chegou aqui nascendo. Escondem da família, escondem a gravidez”.

O (pós) aborto no cotidiano dos(as) profissionais

A Tabela 3 apresenta as quatro categorias que fazem parte do conjunto sobre a frequência/complicações de aborto. Na 1ª Categoria – *A frequência dos casos e situações de aborto legal e provocado* – 17 profissionais estimaram de várias formas a frequência de casos e situações atendidas relacionadas ao aborto legal ou provocado. O número de interrupções e atendimentos geralmente foi usado pelas médicas que acompanhavam vítimas de violência sexual: “em 2018 foram 11 interrupções” (Magali), “o número de atendimento é muito variável, [...] hoje a gente teve acho que uns 5 atendimentos” (Margarida), “já tivemos [...] 19 atendimentos” (Morgana); “no semestre passado, eu tive três” (Melina). Já os profissionais que atendiam gestantes e puérperas em maternidades comumente se referiram

aos casos que apareciam por mês ou semana¹¹: “*atende uns 30, 40 casos [...] por mês só*” (Mathias); por semana: “*não sei te quantificar, sei que teve essa semana, semana passada*” (Marisol), “*toda semana praticamente tem um*” (Martina), “*não é assim todos os dias, todas as manhãs, mas eles surgem!*” (Malcom); já os plantonistas usaram como referência o próprio Plantão: “*todo Plantão, né*” (Miguel), “*é uma média mesmo de 30% dos casos do Plantão*” (Magno).

Tabela 3 – Frequência/complicações

Categorias	M
A frequência dos casos e situações de aborto legal e provocado	17
Complicações e sequelas associadas ao aborto	13
Impacto do Misoprostol	12
Técnicas de esvaziamento uterino pós-aborto	9

Com base na experiência dos entrevistados, os casos “*mais atendidos [...] são os abortos legais*” (Magnólia). Dentre esses, o “*mais comum é interrupção legal por gestação que é fruto de violência sexual*” (Morgana). Os outros, como anencefalia e risco à vida “*não são frequentes*” (Moacir), são “*muito poucos*” (Marcelino) ou até “*raríssimos*” (Mathias). Os casos de aborto espontâneo também são considerados frequentes: “*é mais é o aborto espontâneo, os aborto... o aborto retido, são os abortos espontâneos, né*” (Moacir). Apesar de não ser “*política*” (Mathias) das instituições investigar se os abortos foram espontâneos ou induzidos, os abortos provocados também são citados: “[...] *abortamento provocado que a gente vem resolver aqui, muitos casos também, que aqui é Porta-aberta, né, então tem um atendimento 24 horas*” (Marisol), “*cê acaba sempre tendo esses casos [aborto provado]*” (Marcondes). Sumamente, parece haver um contexto para cada situação de aborto, os legais nos serviços de aborto legal e os espontâneos/provocados nas Maternidades e Plantões.

A próxima Categoria – *Complicações e sequelas associadas ao aborto* – contém as experiências de 13 ginecologistas/obstetras sobre as complicações ligadas ao aborto. As complicações associadas ao aborto mais comumente assistidas são “*sangramento*” (Malcom) e “*hemorragia*” (Morgana, Mathias e Miguel) e “*infecção*” (médicos Malvino, Miguel e Milton e médicas Margarida, Marisol e Martina), como exemplificam algumas falas: “[...] *às vezes, elas chegam sangrando muito, né. Então, a gente tem que agir mais rápido*” (Matilde). “*Comigo só chegou hemorragia grave, mas que não... não precisou haver perda uterina não. As vezes tem infecção, mas que a gente consegue controlar*” (Martina). Outras complicações como “*sepsis*” (Morgana), “*choque*” (Mathias) ou “*óbito*” (Moacir) apareceram com certa frequência em suas falas, em razão de um caso recente relatado, de uma mulher que veio do interior:

¹¹ Coincidentemente, a forma de calcular a idade gestacional e prever o parto.

[...]Semana passada morreu uma lá, veio do interior, veio de Capelinha, lá no Norte de Minas, veio de Capelinha, já chegou em choque séptico. Não deu nem pra chegar no CTI, entendeu? Teve parada cardíaca, toda infectada, a gente... a gente vê que a questão do aborto no Brasil é uma questão muito séria [...] Aqui no Brasil [...], cê vê, procura técnica de enfermagem, clínicas clandestinas, né? E aí as pacientes chegam muito grave no Hospital já numa fase pré-óbito (Marcondes).

Não apenas Moacir, como os outros entrevistados, informaram que casos de complicações como o anteriormente citado são “*exceção*” (Mathias). É sobre isso que 12 ginecologistas/obstetras discorrem na 3ª categoria, *Impacto do Misoprostol*. Os profissionais, sobretudo aqueles com mais tempo de atuação, relataram que as complicações e sequelas mais graves eram mais comuns antes do comércio ilegal de Cytotec ou Misoprostol, pois a interrupção era “*mecânica*” (Miguel) e envolvia a “*manipulação uterina*” (Miguel): “[...] *ah, eu já tive paciente que já usou [...] agulha de ... de crochê [...] tem paciente que consegue no mercado clandestino o Misoprostol e vem numa situação mais tranquila, só pra fazer a curetagem*” (Marisol). Muitas pacientes perdiam o “*útero*” (Mabel), isto é, tinham que ser “*submetidas à histerectomia*” (Marcelino e Matilde). Nesse sentido, Melina afirma: “[...] *isso já foi muito frequente [...]. Depois que apareceu aquela medicação, Cytotec, né, as pacientes consegue aí comprar no câmbio negro, acaba que é um aliado nosso, né, ele evita de ter aquelas manipulações que tinha antigamente de perfurar o útero, de infectar... nossa, muitos anos que eu não vejo isso mais*”. Isso fez com que esses casos passassem a acontecer numa “*incidência menor*” (Marcelino), principalmente nos “*grandes centros*” (Malcom), pois a “[...] *população, se ela tiver, né, algum recurso financeiro, ela tem acesso mesmo que clandestinamente ao medicamento Misoprostol*” (Malcom). O médico Miguel se refere ao Misoprostol como uma “*assistência oficiosa*”:

[...]Isso já melhorou bastante, hoje o Cytotec é um medicamento ilegal, mas as pacientes facilmente têm acesso, eu soube outro dia que até em barraquinha de frutas da avenida Paraná cê compra Cytotec, né, o comprimido é colocado por via vaginal, tomado por via oral e normalmente você... a paciente começa a apresentar cólica, sangramento e um processo de perda, um processo de abortamento. Por não ter manipulação uterina, o risco de perfurar o útero, produzir hemorragia, infectar é infinitamente menor, né. Então, assim, não foi nem uma assistência oficial que foi criada, foi um recurso que surgiu e que tornou o processo mais seguro [...] então, isso já trouxe uma mudança observável da realidade do abortamento, das pacientes que a gente atende, né, ou seja, não é nem uma legalização, mas foi uma assistência oficiosa, um recurso que surgiu, né, e o impacto que isso teve salvou muitas vidas (Miguel).

Na 4ª e última Categoria do conjunto – *Técnicas de esvaziamento uterino pós-aborto* – 9 entrevistados mencionaram as técnicas comumente utilizadas para tratar eventuais complicações decorrentes do aborto. A maioria dos entrevistados se referiu ao procedimento

com cureta – curetagem: “[...] e aí chega lá sangrando, ela vai ser acolhida, em qualquer maternidade pública ou privada. [...] vai ter assistência e vai ser curetada e tudo e resolve” (Mabel), “[...] o aborto incompleto, né, faz parte do aborto, mas não retira tudo, paciente depois tem que ser recuretada” (Malvino). Porém, a preferência pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) foi frisada: “[...] e faz o esvaziamento uterino, de preferência por AMIU, sempre [...] lógico que tem os critérios pra uso do AMIU e os critérios pra uso da Cureta, né, da Cureta, pra fazer a curetagem. Mas a gente dá preferência pro AMIU” (Matilde). Marcondes reitera que “o AMIU, é um procedimento mais rápido, né, tem um risco menor de ... de rotura uterina, de perfuração uterina, o AMIU é um procedimento mais seguro”. Sobre os critérios para uso de um ou outro procedimento, Moacir afirmou que, apesar da “técnica preferencial” ser “o AMIU”, é oferecido à paciente “as duas alternativas”, sendo “aceita” o que “ela achar melhor”. Já Martina e Matilde afirmaram que “o AMIU tem uma limitação quando o colo tá muito aberto” (Martina) e “nem com a cânula 12 do AMIU” se consegue “fazer esse vácuo” (Matilde), ou em casos de pacientes com “mais de 3 semanas de gestação, já com partes fetais no canal vaginal” (Matilde). Miguel, por sua vez, enfatizou aspectos mais práticos: “[...] basicamente o que determina a escolha é o material. Se você não tem o AMIU, curetagem... A disponibilidade, nem todo lugar você tem o AMIU”.

Construção de entendimentos sobre o aborto

“Nós não vemos as coisas como elas são, nós as vemos como somos”(Anaïs Nin)
 “Crer é ver” (Laqueur)

A Tabela 4 apresenta as 7 categorias que fazem parte do 3º grupo a ter o conteúdo apresentado.

Tabela 4 – Percepção sobre o aborto

Categorias	M
Decisão/direito da mulher	13
Procedimento confortável e tranquilo	4
Assassinato	6
Procedimento desconfortável	5
Questão religiosa	3
Questão de saúde pública	3
Aborto "não polemizável"	4

Na 1ª e maior categoria – *Decisão/direito da mulher* – ginecologistas/obstetras afirmaram perceber e compreender o aborto enquanto uma “decisão” (Milton) ou “opção da mulher” (Morgana), “da mãe” (Martina) e “do casal também” (Marcondes). Trata-se de “[...]uma decisão da mulher que não compete a gente julgar certo”, diz Moacir. Já Mathias

acrescenta: “[...]O corpo é dela, o filho é dela, cabe a ela decidir, [...] religião nenhuma tem que meter o bedelho nisso e nem o Estado [...] eu não sou mulher, como é que eu vou dizer se eu sou a favor ou contra o aborto”. Como só cabe a mulher, dentro de seu corpo e gênero, muitos profissionais avaliam que se trata de “uma decisão de foro íntimo da pessoa” (Malcom), que está “relacionado à questões [...] religiosas dela” (Marcondes). O médico Malvino explica: “[...] Agora se você fala assim: ‘você faria um aborto’. Isso é uma questão de foro íntimo que aí entra, né, uma questão religiosa, isso é outra coisa”. A médica Martina, por sua vez, imagina como isso deve acontecer na “consciência” da mulher: “Por que é a consciência dela é que deve pesar, no sentido assim: ‘Meu Deus, será que eu tô tomando a decisão certa? Será que é isso que eu devo fazer?’ [...] pra mim é uma decisão dela”.

Para os entrevistados, decisão e direito são ideias complementares que formam um amálgama. Algumas vezes, o termo “direito” aparece antes da palavra decisão, acompanhado de referência ao corpo: “Eu acho que é um direito da mulher, um corpo... do corpo da mulher, é uma decisão dela. Isso tá relacionado a questões culturais, religiosas dela” (Marcondes), “[...]eu vejo como a mulher [...] tendo direito ao seu corpo [...] tomar decisões de acordo com aquilo que ela acredita que ela pense, né. Eu acredito nesse sentido, que ela é que tem direito ao seu corpo, né” (Marvin). Mas, a forma mais recorrente é o surgimento após a palavra decisão/opção: “[...] que é uma decisão da mãe, se ela quiser abortar é um direi... é um direito dela, né. No Brasil a gente ainda não tem aborto legalizado pra qualquer situação” (Martina), “[...] Eu visualizo como uma opção da mulher, eu acho que ela tem o direito de optar, toda mulher” (Morgana). Como a médica Martina acima, Magnólia só se lembra de que o aborto não é necessariamente um direito, após já tê-lo afirmado enquanto tal: “Nem a paciente que chega porque provocou um aborto, não tenho problema em atendê-la, não tenho... eu acho que um... infelizmente, é um direito... deveria ser, né, um direito dela, e que infelizmente ela ainda não... não tem essa opção”.

A fronteira entre as noções de aborto legal e aborto ilegal, e a própria definição jurídica de direito, é imprecisa: “[...] se a gente faz fora da lei, a gente tá praticando um crime. Não que eu concorde que é crime abortar, mas aqui ainda é” (Martina), “[...] é um procedimento entre aspas “meio criminoso” pela legislação brasileira, né, clandestino criminoso, né, submundo. Igual prostituição [risos]. É cheio de bordel na cidade, mas é tudo clandestino, entendeu? Aí é mesma coisa” (Marcondes). Por tal razão, esse mesmo médico acredita que se trata de “uma hipocrisia total”, como complementa Marcelino “[...] está ali, aquele fato ele existe do ponto de vista real. Se ela quer interromper aquela gravidez, é o direito dela interromper aquela gravidez”. Por conseguinte, alguns entrevistados salientam que esse “direito” pode ser a propósito da lei –“aquele direito que a lei já garante às

mulheres” (Malcom) –, apesar da lei – acho que isso é um direito do outro [...] quando uma mulher [...] se propõe a realizá-lo assim [clandestinamente], isso [...] é um direito dela” (Magnólia) –, ou a ser reconhecido pela lei – “[...] se a medicina hoje tem possibilidade de assegurar diagnósticos que são incompatíveis com a vida, por que que essa discussão não vai ser feita pra dar o direito à essa mulher de interromper sua gravidez?”(Malvino):

Nesses casos eu acho que tá muito bem definido, né, o direito que a paciente tem de.. eh... não levar a término essa gravidez. Nos outros casos, eu acho que também fica muito a critério da paciente, né. Ela tem que ter essa autonomia pra escolher. Vítima de estupro também, né, doenças incompat... [...] doenças cuja gravidez represente um risco de vida pra mãe. Às vezes, ela é uma cardiopata muito grave, [...] é o chamado aborto terapêutico, né. Então, ela também tem direito, né. Então, em casos de estupro, malformações fetais e doenças maternas graves, isso pra mim é inquestionável. E nos outros casos eu ponho... eu ponho a critério da paciente. É ela quem decide isso, desejo dela (Melina).

Na 2ª categoria – *Procedimento confortável e tranquilo* – apenas 4 entrevistados discorreram sobre como se sentiam ao realizar o procedimento. À exceção da médica Magali, todos os outros entrevistados desta categoria percebiam o aborto como “decisão/direito”. Por ter “*trabalhado com isso há algum tempo*” (Magali) ou considerar que estavam “*ajudando alguém*”, esses profissionais achavam o aborto um procedimento “*tranquilo*” e “*confortável*” (Magnólia) nas situações legais e não viam problema em realizá-lo: “[...] *eh... pra mim é tranquilo, cê entendeu, só não é tranquilo nas situações em que a lei não me autoriza sabe... Mas as situações em que eu tô respaldado por lei e que eu consigo ajudar de alguma forma, é bem factível pra mim*” (Magali), “[...] *eu não... não vejo problema, quando... quando tem um aborto legal assim feito*” (Magnólia). Para Malvino, o aborto é apenas um “[...] *um procedimento médico a ser feito de forma segura*” (Malvino). Ele complementa: “[...] *esses procedimentos são feitos quase que como uma rotina que ninguém fica lá gritando ‘Oh, vai fazer’. Não, eles são feitos como um procedimento médico comum*”. O médico Marcelino vai além. Para ele, trata-se de “*uma condição médica como qualquer outra*”, sendo que o “*emocional*” da mulher que sofre uma interrupção da gravidez é o “*mesmo*” de outra cujo feto apresenta alguma “*malformação*”. Abaixo, uma das falas ilustra o conteúdo da categoria:

Não é uma coisa que me incomoda, que me tira do sério, entendeu.... sofrimento, esse sofrimento de fazer uma coisa que eu não tô com vontade de fazer, né... eh... é bem pouco sofrido pra mim nesse sentido, considerando que eu tô ajudando alguém, né... (Magali).

Além disso, o feto não era visualizado como uma pessoa, o que afastava a ideia presente na próxima categoria – de assassinato:

Por que aí vêm os pró-vidas e fala: “não, mas porque essa criança, esse cidadão”. Que cidadão?! Não tem cidadão aí ainda. Então, eu parto do princípio que ... eh ... esse... esse germe de pessoa não é uma pessoa, cê não conhece essa pessoa, essa pessoa tem que ser formada e quem forma essa pessoa é a ... a ... eh ... a ... primeira a mulher, a família, a mãe, olhar das pessoas pra ele, o amor que vai sendo gerado ali. Essa pessoa, ela não existe ainda entendeu? Então é ... eh... é uma ... eh ... é uma coisa ideal, assim, sei lá, uma idealização de pessoa (Monalisa).

A categoria 3 – *Assassinato* – por sua vez, abriga os relatos de 6 ginecologistas/obstetras que percebem o aborto como uma agressão à pessoa ou ao corpo feminino, como na fala da médica Mabel: “[...] sabe, eh... é muito dramático... é muito... é uma agressão à... a pessoa, ao corpo da mulher, porque tá ‘rancando’ o neném dali” (Mabel). Enquanto “*agressão à pessoa*”, nesse caso ao feto, Mabel afirma que “*poder tirar o neném [...] é muito difícil*”, pois não se trata de “*uma coisa fisiológica. [...] pro bebê é um assassinato, e [...] pro médico [também]*”. O médico Milton, destaca que o aborto é “*meio antinatural*”, pois ao contrário da gestante, o feto não é capaz de escolher: “*eu respeito a pessoa que, se quiser tirar, [...] mas eu acho assim, [...] cê tirar uma vida que ele não teve direito, ele tá ali, tá crescendo e [...] ele não teve direito [...] de escolher, ah pra querer ou não tá ali. [...] Aí, outras pessoas [...] tão tomando a decisão por ele*”. Para o profissional acima, a vida pode ser um “*desígnio de Deus*”, algo que “[...] as vezes extrapola muito essa visão [...] organicista [...] [e] teórica”. Ele cita como exemplo, alguns casos de anencefalia, nos quais acredita que “[...] é Deus, eu falo assim, ele escreveu pra você que cê vai conviver com esse bebê até ele nascer”. Embora esteja “*deixando o julgamento de fora*”, Marisol avalia como “*triste*”, pois “*é um ser que [...] realmente não conseguiu [...] ser gerado*”. Já Miguel acha que a interrupção da gravidez pode ser mais cruel e perigosa, dependendo da idade gestacional: “[...]muito mais perigosa, muito mais cruel até, porque aí já é um feto às vezes bem desenvolvido, né. Quanto mais inicial for a interrupção, mais segura ela é, menos cruel desse ponto de vista aí de interromper uma vida” (Miguel).

Enquanto agressão à mulher, alguns profissionais acreditam que o aborto deixa “*sequelas*” e “*marcas*” nas mulheres que decidem fazê-lo. Às vezes, essas decorrências podem estar associadas com as más condições clandestinas nas quais o aborto é feito: “[...]cê vai lá e faz tchau e bença, cê se cuida [...]isso que deixa essas sequelas, que na realidade cê tira o abortamento, cê vai tirar uma vida, mas cê num tem um suporte pra te ajudar” (Milton). Esse mesmo médico afirma que o “*aborto provocado [...] não é isento de uma cicatriz*”, já que a mulher é “[...] desde criança [...] criada pra ter um filho, gerar”, e quando isso não ocorre em função de um aborto, pode haver “*infertilidade de causa inaparente*”: “[...] o emocional tem muito a ver, [...] O hipotálamo, [...] o sistema límbico ele tem muito a ver com o emocional. Eu falo assim, tem paciente às vezes que não consegue engravidar aí

[...] logo depois que ela adota uma criança ela engravida, [...] é uma infertilidade de causa inaparente” (Milton). Em outras situações, o aborto pode se tornar um “trauma”, tudo passa a girar em torno do aborto devido à “culpa”. Como a fala abaixo há de exemplificar, o aborto deixa uma marca decorrente da ruptura com a maternidade:

[...] grande parte [das mulheres] tem um sofrimento [...] que se torna crônico, [...] as meninas mais novas, elas pode ter uma chance maior de ultrapassar... [...] mas é as mais velhas, que nós vamos por aí em torno dos 30 anos, isso marca muito a vida dela, e a [...] minha experiência como ginecologista atendendo, a gente sempre fala as coisas: “Doutora, quando eu tive um aborto” ela começou a ter isso, então o que marca sempre é o aborto pra frente, parece que elas culpam, elas querem fazer, elas precisam de fazer, mas lá na... na parte dela, bem íntima, bem psicológica, né, a gente vai falar, elas não... elas não estão preparada. [...] . Talvez não é se arrependam, mas elas se culpam, entendeu? Elas se punem, tá. Eu fui, mas eu tô punindo porque que eu fiz. Porque lá no fundo, no fundo, né, tá acabando com a maternidade dela, é um fruto que ela não queria, entendeu? Mas... e... e outra causa também, que ela não esquece o que aconteceu, torna-se um trauma pra ela (Margarida).

O(a) médico(a), por sua vez, também não é imune à intercorrências semelhantes ao praticar o aborto. A médica Mabel se refere à realização do aborto como um “*drama de consciência*”. Ela explica: “*é um assassinato [...] pro médico, [...] que formou pra trazer a vida, pra salvar, pra ajudar a evitar danos, né, a gente faz um juramento pra evitar danos, né*”. Sobre isso, Margarida oferece um exemplo: “*[...] no meu tempo de formatura a gente não via isso tá. Então, [...] eu não fui formada pra isso, eu fui formada pra salvar vida [risos] pra fazer vida, e não pra tirar vida*”. Ciente dessa situação, Monalisa afirma trabalhar para promover o “*aborto medicamentoso*” entre “*as práticas de interrupção da gravidez*”. Segundo ela, muitos (as) médicos (as) deixam de realizar o aborto legal por acreditar que estão sujando as mãos: “*o aborto medicamentoso, [...] cê pode dar o comprimido pra mulher e ela mesmo coloca na sua vagina. [...]. Aí, ninguém como [...] eles diriam “suja as mãos” pra poder ... eh ... fazer um ato que se considera no Brasil que é pecaminoso, que é um crime*” (Monalisa). Abaixo, uma das falas ilustra isso:

É aquela história, eu não te empurro no buraco não, mas eu te falo quem te empurra; sabe... continua o drama de consciência disso. Porque, eu não tô fazendo, mas eu tô... eu não vou sujar minha mão, mas eu vou mandar pra um colega sujar... eh... a... o neném é um indivíduo, que não pode gritar, que não pode...o... o feto... ele.. ele.. ninguém consegue... sem um óvulo e... e um espermatozoide. Ninguém consegue fazer um feto sem um útero. Então, ele não é uma obra de uma pessoa, esse neném é meu. Não. Ele é um indivíduo que tem direitos. É... direito à vida, que é o primeiro item da nossa constituição. Todo mundo tem direito à vida. E aí, partir pra um decisão, assim... Você quer então tá, eu faço seu aborto. Como que é isso? (Mabel).

Na categoria 4 – *Procedimento desconfortável* – 5 médicos (as) falaram sobre o desconforto ou incômodo nas situações associadas ao aborto. Dos 5 médicos, 3 (Mabel,

Marisol e Miguel) estavam na categoria anterior, apresentando uma visão de aborto associada ao “assassinato”. Para Mabel, o aborto é “*muito dramático*”, trata-se de “*uma coisa que mexe muito [...], profundamente com todos os envolvidos*”. Em se tratando dos “*profissionais envolvidos*”, Marisol sugere que “*o abortamento legal gera muito stress, muito medo*”, sendo “*um desconforto pra maioria das pessoas*”, não apenas do “*ponto de vista pessoal e religioso*”, mas também levando-se em conta a “*questão jurídica*”, isto é, o respaldo legal naquelas situações nas quais “*isso não tá muito bem definido e muito bem estabelecido*” e ela sente que pode estar “*infligindo a lei*” e tem que “*arcar com isso*”. Ela conclui: “*eu não posso fazer um abortamento numa paciente que acha que, né, ‘ah, eu engravidei eu não quero o feto, né’*” (Marisol).

Ao lembrar de uma situação, Magnólia afirma que o aborto ainda é um tabu para muitos médicos: “*[...]eu discordo, porque legalmente nós estamos amparados e eu não tenho conflito ético nenhum. Cê vê que isso é um tabu ainda... que... que isso é difícil pra alguns, pros médicos, né, pros profissionais em geral*” (Magnólia). A médica Melina, por sua vez, considera o aborto “*[...] uma questão extremamente polêmica*”. Outros profissionais, como Milton, a despeito de acreditar que se trata de uma decisão relativa à mulher, considera muito difícil realizar a prática: “*[...] então, pra mim eu acho muito, que é muito difícil fazer um abortamento. [...] Mas respeito, [...] se ela quiser fazer um abortamento, é uma decisão dela, né, o que ... o que às vezes é bom pra ela, pode não ser bom pra mim, ou uma coisa que é bom pra mim, não quer dizer que vai ser uma coisa boa pra ela*”. Para Mabel, “*tanto a questão do aborto, quanto a questão da violência*” mexeram “*muito*” com ela, sendo que o que torna o aborto “*dramático*” e “*difícil*” é o ato de inserir o comprimido na vagina da paciente para interromper a gravidez:

Por exemplo, paciente internou e tá tendo uma hemorragia. Então, ela pode ter provocado o aborto. Ou, ela pegou e colocou um ferro dentro do útero e infectou ali tudo, ela tá com uma infecção grave. Ela pode ser que tenha até que tirar o útero dela. Isso não cabe a gente a julgar, sabe, a gente tá ali pra salvar. Então, isso ainda é tranquilo, isso aí a gente faz tudo que é possível... e... É isso mesmo, bacana... e vamos fazer isso, vamos fazer aquilo e manda pra outro hospital, manda pro CTI, a gente quer resolver o problema, tá... Aquilo que já está feito. Agora, o médico ter que colocar comprimido... é... no uter... na vagina da paciente pra poder induzir um aborto, fazer uma curetagem no neném vivo, sabe, isso é muito dramático (Mabel).

As próximas categorias a serem apresentadas tiveram uma quantidade menor de respondentes. Na 5ª categoria – *Questão religiosa* – por exemplo, 3 participantes perceberam o aborto predominantemente com base em aspectos religiosos. Em geral, esses 3 profissionais falaram sobre a relação entre a religião/opinião pessoal e a atuação profissional. A médica Magnólia, por exemplo, afirma que até então não havia parado para pensar sobre seu próprio

ponto de vista, mas acredita que isso envolve religião: “[...]Jeu não, não parei mesmo pra julgar, pra pensar minha opinião pessoal. Por que eu acho que isso envolve religião, envolve... a minha pessoal, não parei pra pensar. Envolve uns questionamentos que eu ainda não parei pra pensar” (Magnólia). Já os profissionais Marisol e Marcelino buscaram acomodar o aborto dentro de sua matriz religiosa, respectivamente o espiritismo e o catolicismo, ambos reelaborando conceitos dessas duas religiões:

[...]enquanto pessoa eu acho muito, assim [...] Eu sou espírita, então, eu acho que ... era uma coisa que tava pra acontecer, né, tanto pelo feto, quanto pela mãe. Mas, do ponto de vista de pra assim... de pessoa, eu acho que é, assim, é triste, né, assim, é um ser que não ... que realmente não conseguiu, né ... é... ser gerado, né, é... mas eu tenho cada vez mais deixado o julgamento de fora sabe, até nos abortamentos provocados ... eh... Olha é aquela pessoa que tem que resolver com a consciência dela, né, com Deus, com a vida dela, né. Eu não tô aqui pra julgar ninguém (Marisol).

[...] eu apesar de eu ser católico eu não acho que é... que é pecado se interromper uma gravidez, eu tenho isso... são... é uma questão de conceito daquilo. Mas ela acaba ... acaba morrendo por uma coisa... que um absurdo, não precisava ter morrido por essa situação. [...] Se ela quer interromper aquela gravidez, é o direito dela interromper aquela gravidez, e nada que, se eu sô católico, se minha mulher é católica, se tem santo no meu quarto, se a gente reza toda noite, se acredita em Deus, tem nada a ver uma coisa incorreta não... Deus não... num... Jesus Cristo não avaliou esse tipo, nem tinha esse tipo... essa capacidade... daquilo pra ele definir esse tipo de situação daquilo que se tinha. [...] então, nós médicos, nós temos que [...]tratar [...] aquela mulher que quer interromper aquela gravidez como um problema médico como qualquer outro, e não com toda essa celeuma (Marcelino).

Na categoria 6 – *Questão de saúde pública* – 3 profissionais descreveram uma percepção sobre aborto associada à saúde pública. Todas elas têm como princípio em comum a redução de danos vinculada ao aborto, quer seja dos óbitos e agravos à saúde, quer seja do sofrimento das mulheres. Nessa direção, Malvino afirma que o aborto deve ser visualizado pela ótica da “*discussão de saúde pública*” que deve deixar de lado a “*questão religiosa [...] [e] pessoal*”, passando a considerá-lo como “*procedimento de saúde pública*”, “*de redução de risco*” e de “*morte materna*”. Ele explica: “*aborto ilegal [...] é causa de morte materna, muito acima do que as pessoas imaginam e do que é revelado. [...] No Brasil, hoje morre mais mulheres jovens [...] do que jovens assassinados e vítimas de homicídios*” (Malvino). Como procedimento de redução do sofrimento da mulher, Morgana considera esse princípio nos casos de violência sexual: “[...] eu tento ajuda-la ao máximo e, por exemplo, no caso do aborto em situação de violência, se o não sofrimento dela ou a diminuição do sofrimento dela vai ser fazendo o aborto, eu sou a favor de fazer” (Morgana). Adiante, a fala apresentada reforça esses aspectos, especialmente a médica Monalisa ainda questiona a concepção de saúde, sobretudo aquela que embasa o aborto terapêutico feito para salvar a vida da mulher:

Então, eu... eu entendo que... que a forma de lidar com isso é a forma da saúde e do cuidado, a gente tem que cuidar das pessoas e tem que manter a saúde das pessoas, uma pessoa... e saúde, num sentido ampliado porque ela é ... uma mulher ser assassinada porque ela tá grávida de um vizinho, eh... só na época de ... Não. Na época atual tá assim, né. Mas, assim, só antigamente que essa mulher seria apedrejada e morta, né, nos países aí mulçumanos[...]. Mas no [...] Brasil que eu quero! Né, assim, ele não vai apedrejar uma mulher, ele vai cuidar dessa mulher e cuidar dela significa dar condições pra que ela continue viva e saudável (Monalisa).

Por fim, na 7ª e última categoria – Aborto “não polemizável” – 4 profissionais versam sobre as diferenças percebidas entre os tipos de aborto. O ponto de partida dessa categoria é o que Magno denomina como “um abortamento [...] entre aspas não polemizável”. Os três tipos de aborto que se enquadram como não polemizáveis são o espontâneo, o terapêutico e o de feto anencéfalo. Sobre o primeiro, o médico Moacir afirma: “[...] eh, são ... são diferentes [aborto eletivo], né. [...] Não, o aborto espontâneo ele é inevitável, não tem como prever, né, não tem como prevenir” (Moacir). Trata-se de uma “coisa da natureza”, como informa Monalisa. Nas falas abaixo, Marisol e Morgana comparam o aborto espontâneo/terapêutico/anencefálico com o aborto legal (humanitário). Basicamente enquanto os primeiros se não são banalizados, são inquestionáveis e “nobres”, o segundo produz intenso questionamento por parte da equipe profissional.

[...] bom, é porque... Na verdade, o abortamento espontâneo ele é meio que banalizado pelas... pela equipe médica assim, até pela equipe de enfermagem assim “ah, abortou” [...]. Então, eu acho que é meio que... o abortamento espontâneo é meio que banalizado pela equipe, né. Agora, o abortamento legal aí tem uma questão jurídica, aí todo mundo fica loco, todo mundo quer perguntar, todo mundo quer saber, se pode, se não pode, liga pro gerente, vê quê que faz, né. Aí vem a equipe toda, chama a psicologia, chama o serviço social, chama todo mundo (Marisol).

O legal, tem três situações: risco de vida pra mulher, anencefalia e estupro. Quando é risco de vida e anencefalia ninguém tem dúvida de interromper uma gravidez porque é por um motivo nobre. Quando se fala de estupro, isso é um horror, ódio que eu tenho disso, porque aí cê duvida da mulher, entendeu? (Monalisa).

As práticas de (des) cuidado

A Tabela 5 apresenta as seis categorias que compõem o conjunto de práticas de saúde relatadas pelos(as) médicos(as) entrevistados. Na 1ª categoria – *As pacientes: negação, silenciamento e medo* – 12 profissionais expõem relatos que perpassam a interação médico(a)/paciente em situação de abortamento. Em geral, em todas as etapas dessa interação há a presença do medo. Por vezes as mulheres que provocaram aborto “ficam muito receosas de procurar ajuda” (Magali) e “demoram a ir, quando elas começam a sangrar” (Martina). Para Martina, mesmo sob a garantia de sigilo médico, o fato de o aborto ser crime gera medo:

“[...] Sim, porque como eh... o aborto é crime, de dentro do consultório médico, mesmo sendo mantido o sigilo, elas ainda têm medo de procurar o serviço” (Martina). Já Mabel acredita que o aborto “é uma coisa [...] que a pessoa quer omitir de todo mundo” e “ninguém conta de um aborto com orgulho”. Por conseguinte, na maioria das vezes, as mulheres acabam procurando o serviço quando a situação já se agrava, como afirma Morgana: “[...] infelizmente, muitas vezes a gente observa quando já deu ruim [risos]”. Ela ainda complementa que por vezes a mulher não relata o acontecido: “[...] Na maioria das vezes, ela fala que ela tá grávida e começou a sangrar, [...] e a gente com delicadeza vai perguntando e pode ser que ela fale, pode ser que não”.

Tabela 5 – As práticas de (des) cuidado

Categorias	M
As pacientes: negação, silenciamento e medo	12
Violência institucional	7
As práticas de “cuidado”	14
Suspeição à história contada pela mulher	9
Objeção de consciência	10
Estratégias para lidar com dificuldades	8

A maioria dos entrevistados (7 profissionais) dessa categoria, afirmou que as mulheres comumente “*não falam espontaneamente que fizeram o aborto ilegal*” (Moacir). Nessa direção, Mathias afirma: “[...] não tem como saber! Só se a mulher chega falando: ‘Doutô, eu usei tal e tal coisa e depois comecei a sangrar’. Não, nenhuma fala[risos]” (Mathias). Ao invés disso, segundo Marvin, o relato perpassa o abortamento espontâneo: “*normalmente elas não vão relatar situações de abortamento provocado nem nada não, pode até ser que aconteça, mas não aparece no relato delas, normalmente o relato delas são abortamentos espontâneos, né*”. Ainda segundo o médico Marvin, as mulheres geralmente “*têm receio de contar*”. Além do receio, as mulheres podem negar a indução do aborto, e não haver nenhum indício que permita a distinção com o aborto espontâneo: “[...] às vezes elas negam, não dá pra você saber que é. Que o comprimido já foi absorvido, cê não tem ele ali na sua mão, né, pra saber que ela inseriu [...]. Então, entra como [...] complicação de aborto” (Malcom). Mas, em alguns casos, mesmo perante a detecção da “*medicação no exame físico*” (Marvin), muitas mulheres “*negam até a morte*”, contando com encobrimento do (a) “*acompanhante*”, que “*geralmente é uma amiga*”, como salienta Marisol. O trecho abaixo ilustra esse tipo de situação:

Não fala... Não, cê pergunta pra ela: cê fez alguma coisa? Ela fala: __ “não, não fiz nada”. 90% delas vão falar que não fez nada, mas cê sabe que fez. Cê entendeu? Elas negam o uso, se tomou Cytotec, não e não sei o quê... mas cê sabe que ela usou, às

vezes, cê encontra até o comprimido de cytotec na vagina dela, ela nega. Cê tá vindo como ela é marginalizada? Se ela tivesse uma estrutura ou uma instituição que acolhesse e fizesse esse abortamento, [...] não era bem diferente? [...] ela não quer falar, como se faz, como se tivesse fazendo alguma coisa errada. Isso é uma opção dela, é o que eu falei no início, às vezes uma coisa que é bom pra mim, não é bom procê, uma coisa que é boa procê não é boa pra mim. Então, eu não sentiria nem negaria, na hora que ela... cê tira o Cytotec da vagina dela, fala “não, não fiz nada não”. Não vou discutir com ela, ela sabe que eu sei que ela tentou (Milton).

Novamente, o medo é citado como principal motivo para que as mulheres ajam dessa forma. Quatro ginecologistas/obstetras defendem isso. Para Morgana, as mulheres têm medo de serem julgadas: *“Medo. Medo do julgamento, né, todas elas têm medo”*. Já Moacir, presume que, além do medo do julgamento, as mulheres temem serem punidas: *“Ah, elas certamente têm medo de serem... eh... punidas, de serem... ehh... sofrer... sofrerem preconceito, alguma, né, de se recusar o atendimento. Elas têm medo, né. De serem expostas”* (Moacir). Sobre a exposição, Mathias indaga: *“Ela tem confiança na equipe pra falar isso? E o medo de ser denunciada pra polícia e tudo mais?”*. Para ele, apesar de *“antiético”*, trata-se de um risco real. Dos entrevistados, pelo menos 2 médicos acreditavam que a mulher deve ou deveria ser denunciada em certas situações: *“[...]quando eu era residente, dava Plantão, que paciente falava que teve um aborto e jogou o feto no vaso, com medo e tal, e isso aí é um problema, [...] pois, quando não tem o feto, a polícia tem que ser acionada”* (Marvin), *“Não, elas num falam muito. Cê sabe que na realidade, se ocê um negócio desse cê tinha que denunciar, [...] deveria denunciar, [...] mas é coisa de, às vezes, de ética médica, docê a paciente confia nocê, cê num vai falar”*. Por conseguinte, Mathias conclui que a mulher não deve falar sobre o acontecido:

Eu acho que no Brasil na situação de hoje não deve falar mesmo não. Ela tem que ficar quietinha, sabe. É ilegal... [...] embora seja antiético, até ilegal do ponto de vista do Código Civil, mas pode ter. Uai, se encontrar [...]. um profissional aí, qualquer médico, enfermeiro que seja um fundamentalista anti-aborto total, essa mulher chegar e falar que colocou o misoprostol na vagina ou que tomou, corre o risco dela ser denunciada (Mathias).

Na categoria 2 – *Violência institucional* – 7 entrevistados relataram práticas de colegas que podem ser enquadradas como violência institucional. Por ser algo que *“mexe muito profundamente”* (Mabel) com a equipe de saúde, de modo que *“todo mundo fica loco”* (Marisol), Mabel assevera que a situação do aborto é delicada e mobiliza os sentimentos de alguns profissionais: *“tem gente que vai com raiva [...] que quer fazer com que ela pague a raiva que ele tá sentindo de que tá fazendo aquilo. Então, assim, é uma situação muito delicada”* (Mabel). Assim, durante a realização do aborto, Morgana destaca que há profissionais que buscam expressar seus sentimentos: *“Infelizmente tem muito profissional*

que expressa seus sentimentos mesmo que ele vá machucar o outro” (Morgana). Abaixo, a médica Mabel oferece um exemplo de “comentários” feitos para “maltratar a pessoa naquele momento”:

Por exemplo, assim, ela vai... ela vai internar e vai... eh, tem todo esse... ela vai ficar num quarto separado, num tem que ficar vendo neném de outra pessoa. E aí ela só sobe pro bloco na hora de fazer a curetagem... Ela tem que ser anestesiada e tal. Aí, tem alguns relatos de pessoas que chegam: “Mas cê tá aqui, tá reclamando de quê? Na hora lá, num... num pensou nisso”, entendeu? Esses comentários que causam sofrimento pra pessoa (Mabel).

A médica Magali, por sua vez, ressalta que “as pacientes não são bem recebidas de uma forma geral”. Ela, assim como Morgana, afirma já ter presenciado esse tipo de situação: “Eu [...] já presenciei pacientes que não... que por tentar um abortamento ou tentar formas inseguras, não foram bem recebidas pela equipe, né [...]eu acho que existe muito caso ainda hoje. Então elas ficam muito receosas de procurar ajuda” (Magali), “[...] tem muita gente que, se não concorda com o que a paciente supostamente fez, fala com ela. Atende mal, não trata bem, infelizmente. Eu já presenciei isso, inclusive. Não é comum não, mas pode acontecer” (Morgana). Outros profissionais associam a “suspeita de que foi um aborto ilegal” (Moacir) com o risco de a mulher “ser denunciada” (Mathias). A entrevistada Mabel afirma que há profissionais que querem “fazer aquele julgamento ali naquele momento e imputar [...] um castigo”. Ela exemplifica: “se não faz aquilo que eu concordo, [...] ‘vou te castigar aqui nesse momento’. [...] tem gente que vira e fala... tem gente que pode até não fazer isso, mas [...] fala: ‘Ah mas também quem mandou? Ah deixa lá... É esse caso assim’”. Esses castigos podem ser também físicos. A mesma médica cita alguns exemplos que não são mais tão recorrentes devido à vigilância do próprio Hospital:

Outra coisa. Na hora de fazer uma punção pra poder fazer o negócio, você pode fazer com delicadeza sem querer machucar a pessoa, ou cê pode fazer pra dizer assim “ah quê que essa pessoa tá aqui”. [...] No passado tinha mais, mas agora o Hospital fica muito vigilante em cima disso com... a paciente. Ela pode denunciar, né. Então, isso aí é muito cobrado. Eh... a pessoa pode virar e falar assim: “Ah, vai na seco mesmo, sem anestesia, porque quem mandou tá aqui, fazendo isso”, entendeu? Pode querer fazer uma curetagem sem anestesia. E, assim são relatos que a gente já ouviu, né. Mas isso eu não vejo acontecendo (Mabel).

Dentre as razões para ocorrência das práticas que foram mencionadas, Mabel afirma que, embora não possuam “dificuldade técnica”, “alguns colegas ainda têm [...] dificuldade de aceitação”. Ela ainda relembra que “o médico tem juízo de valor”. Segundo Miguel, “a crença e os princípios do profissional” podem “influenciar” na sua “postura [...] em relação ao aborto”. Assim, na visão de Magali, “o preconceito” tem um papel importante nas

práticas de julgamento, “*pressão*” e maus-tratos. Já Moacir declara não conseguir ver outras razões que não a “*falta de treinamento*” e “*maldade*”, por exemplo:

Uai, eu acho que isso são os preconceitos, né. Às vezes, tem questões religiosas, mas acho que até nem isso. Acho que isso aí é uma questão realmente de falta de informação, né. Falta de informação, além de ser uma maldade muito grande. É uma coisa que... é uma falta de treinamento adequado, é uma... acho que é um desvio de personalidade, né, uma prepotência e... eh... Eu não vejo outra explicação pra um profissional de saúde maltratar uma mulher ou julgar uma mulher e condenar uma mulher porque ela fez aborto. É isso. Falta de treinamento e também os... os desvios de personalidade e de caráter, a maldade humana, né. Acho que é isso (Moacir).

Na categoria 3 – *As práticas de “cuidado”* – é que são relatadas as práticas que 14 profissionais afirmaram desempenhar. Ao citarem práticas inadequadas que já ouviram falar ou presenciaram, muitos (as) ginecologistas/obstetras foram bastante críticos, aproveitando para frisar o papel do(a) médico(a) na atenção ao abortamento. No que tange a atenção à saúde das pacientes em situação de abortamento, as primeiras práticas pontuadas pelos participantes associam-se à infraestrutura dos serviços nos quais trabalham. Nos serviços de aborto legal, 4 profissionais discorreram sobre a consulta/acompanhamento das vítimas de violência sexual. Não houve diferenças significativas no relato sobre o processo de consulta/acompanhamento nesses casos. Em geral, a primeira consulta é “*feita por todos os profissionais ao mesmo tempo, para que a paciente só tenha que contar a história uma vez*”, incluindo “*enfermeira, uma médica, assistente social e psicóloga*” (Mabel). Em seguida, Melina revela que é feita “*uma série de exames*”, várias “*medicações*” são administradas e as mulheres ficam “*em acompanhamento por um ano*”, contando com “*acompanhamento psicológico*” e “*grupos*”. Abaixo, Morgana descreve detalhadamente esse processo:

Elas são atendidas na urgência e encaminhadas pra fazer o acompanhamento. Esse acompanhamento deve ser feito por, no mínimo, 6 meses pra gente avaliar se houve algum risco de infecção, por exemplo, com doença sexualmente transmissíveis, se por acaso o ... a paciente contraiu uma gestação fruto do estupro e aí a gente tem a ... preconização de oferecer pra paciente, caso ela engravidou, três opções: uma opção é acompanhar a gestação no pré-natal de alto risco e ter o bebê no [Serviço D] e ficar com o bebê; uma segunda opção é acompanhar a gestação no [Serviço D], ter o bebê no [Serviço D] e, se ela não quiser o bebê, deixar o bebê pra adoção; e a terceira opção é se a paciente não quer levar adiante a gestação fruto de ... eh... estupro, e essa paciente encontra-se com menos de 22 semanas de gravidez, a gente pode entrar com o processo de solicitação do aborto legal. Se esse processo ele é autorizado, então a paciente se interna no [Serviço D] pra fazer o procedimento cirúrgico de abortamento legal (Morgana).

Ao fazer a escolha pela “*interrupção da gestação*” e apresentar “*um sofrimento que preenche todos os critérios preconizados pela [...] Norma Técnica do Ministério da Saúde*”, Magali afirma que a “*a paciente é encaminhada para a realização da interrupção [...] e é*

[...] *cumprindo tudo que é determinado*". Apesar disso, só Mabel falou sobre o pós-aborto. Ela informou que são oferecidos à paciente *"todos os métodos"* e, *"após o aborto, ela pode pôr o DIU lá mesmo no hospital, ou pode usar injeção, comprimido e tudo"*. Mas, essa mesma profissional ressalta que somente *"aquelas mais comprometidas"* retornam, sendo que *"algumas nem volta[m] pra última consulta, elas conseguiram fazer o aborto e somem"*.

A maioria dos serviços também conta com a *"Cadeia de Custódia"*, que, conforme Marisol, realiza a *"coleta"* de *"material"* para *"tentar identificar o [...] agressor"*. Ela ainda destaca que geralmente os abortos *"provocados, ou os que geram dúvidas, os legais sim, mas os outros não"* passam *"pela psicologia"* e *"serviço social"*. Diferentemente dos outros profissionais, Marisol se queixa sobre a ausência de *"bom-senso"* na abordagem da história da paciente: *"a mulher chega e te conta a história. Aí, depois entra outra pessoa e fala: 'quê que aconteceu?' Uai, ela já sofreu, já te contou uma vez, já te contou, né [...]. Acho que tem que ter um bom-senso"*. Nas outras situações de abortamento previstas em lei, as práticas foram minimamente relatadas. Na anencefalia, por exemplo, Matilde relata que o diagnóstico é feito por *"dois médicos [...] ultrassonografistas"* e ao constatar a anencefalia, a *"mulher pode abortar até 22 semanas"*. Outras malformações fetais incompatíveis com a vida dependem de *"avaliação judicial"* (Marvin). Nesses casos, Melina afirma que deve-se fazer *"um relatório bem feito [...] falando que aquele feto é incompatível com a vida e que o prolongamento da gestação pode representar um risco pra mãe"*. Já nos casos de aborto terapêutico, Magno e Magnólia falaram sobre algumas práticas exercidas nesse tipo de situação. A profissional Magnólia, por exemplo, diz que se trata de *"avaliação médica"* que depende *"da patologia da paciente"*, bem como nos casos de *"cardiopatía grave"*, *"paciente lúpica"* (Magno também cita), *"pré-eclâmpsia"*, paciente *"hipertensa grave"* e etc.

Ainda com foco em questões mais técnicas, somente Mabel e Moacir relataram a existência de um *"espaço mais reservado"* para as mulheres. O participante Moacir ressalta que, ainda que essas mulheres *"aparentemente não tenham um luto [...] muito intenso, é óbvio que [...] a presença de outras mulheres grávidas causa mal-estar"*. Alguns profissionais também frisaram que o trabalho é desempenhado *"junto com a psicologia"* (Matilde) e com os *"residentes"* dessa área. Apenas Marisol, apesar de citar a *"busca ativa"* feita pelos residentes de psicologia e reconhecer melhorias, percebe que *"a equipe médica [...] ainda tem resistência de [...] pedir essa avaliação [psicológica]"*.

Especialmente sobre as questões que perpassam o papel do (a) ginecologista/obstetra, a maioria ressalta que seu papel não é *"julgar"* (profissionais, Magali, Magnólia, Marisol, Marcelino, Martina, Matilde e Morgana). Para os entrevistados, seu papel é *"acolher"* (Magali), *"ajudar"* (Magali, Magnólia, Morgana), *"dá o suporte, apoio técnico e emocional"*

(Morgana), “orientar aquilo que é mais seguro pra ela, pelos riscos daquilo” (Marcelino), “tratar” e “cuidar” (Matilde). Sobre o não julgamento e discriminação, Milton afirma respeitar as mulheres, “apesar de ser católico”: “[...] eu respeito muito, mesmo eu sendo católico[...] acho que eu consigo me... me ausentar um pouco [...] não discrimino essa paciente [...] [que] às vezes, tem uma gravidez indesejada, se ela quiser fazer um abortamento, é uma decisão dela, né”. A médica Martina traz um exemplo sobre o acolhimento: “ela já tem problema demais pra... pra resolver, pra gente ficar assim ‘ah, é isso, e aquilo’. Então eu acolho, porque pra mim é uma decisão dela” (Martina). A profissional Morgana informa realizar “um acompanhamento bem humanizado”, orientando as vítimas de violência sexual a participarem de grupos, bem como “de terapia anti-stress”.

Ainda sobre os aspectos ligados ao papel do profissional, alguns entrevistados falaram sobre a postura profissional diante das situações de abortamento induzido. Na atenção ao abortamento, Monalisa, por exemplo, destaca que “não interessa pra saúde se o aborto foi provocado e espontâneo”: “[...] Muitas mulheres, a gente não sabe e é bom não saber, entendeu. A gente não pode dizer: ‘Oh, essa aqui que tá internada foi aborto provocado, essa outra foi aborto...’”. Nessa direção, Mabel afirma que “quem [...] tomou comprimido pra poder fazer um aborto e chega [...] sangrando [...] vai ser internada, ninguém pergunta nada, ela é acolhida, acaba o tratamento”. Em alguns casos, a própria paciente conta que usou “o misoprostol” e, nessas situações, Matilde, diz desconsiderar essa informação: “é como se a gente assim, a gente desconsidera essa informação [...] a gente às vezes até vê os comprimidos no fundo de saco ali [...] e nós não entramos muito nisso [...] nosso dever, né, é tratar, cuidar e ele já aconteceu”. Porém, como visto anteriormente, os(as) profissionais Magali, Matilde, Milton e Morgana embora não “pressionem” como Marisol – “[...] outras quando você aperta um pouquinho elas ... é... é... falam, né” –, relataram situações nas quais faziam esse tipo de pergunta. A médica Magali, por exemplo, confirma isso com certo embaraço: “[...] hoje a gente faz uma pergunta, por exemplo, às vezes ‘cê...cê tentou alguma coisa ou fez algo pra provocar’ mas no sentido assim, mais de... é minha opinião, né [...]. É lógico que você vai encontrar, né, aqui... o julgamento de valor a gente trabalha o tempo todo, né” (Magali).

Na 4ª categoria – *Suspeição à história contada pela mulher* – 9 indivíduos relataram situações e aspectos associados à desconfiança acerca do relato das mulheres vítimas de violência sexual. Nos casos de aborto terapêutico, os entrevistados afirmam que se “a história dela [da mulher] não é convincente, é negado [o aborto]” (Melina). A participante Melina explica que uma “história convincente” é aquela na qual todos os dados batem: “se a história dela for muito convincente, os dados todos batendo, aí ela tem o direito de interromper”.

Esses dados provêm da história do abuso sexual e do exame ultrassonográfico. Assim, se caso a idade gestacional não coincidir com a história do abuso, o aborto é negado. As médicas Margarida e Morgana relatam que essas situações são significativamente comuns: “[...] *um não concordou com a data que ela deu. Então, nós tivemos que va... negar*” (Margarida), “[...] *que a gente negou o procedimento já houve várias, porque a informação que ela dava não condizia com a data da gestação e a idade do ... do feto*” (Morgana). O médico Magno descreve em detalhes o que ele chama de “*confronto na história e o exame*”:

[...]Então, a história dela é confirmada com [...] um exame de imagem que vai me dar olha, não sou... não é assim. A sua história e o tempo que você tá dizendo de gravidez não, é a sua história, confirmada pelo exame ultrassonográfico que tá dizendo: “pela sua história você teria 5 semanas, o seu ultrassom tá dizendo que o seu bebê tem 18” Não bate. Então, como é isto? Não tô dizendo que você não tenha sido abusado, eu só tô dizendo que, pela sua história, você já estava grávida quando você foi abusada, então a... esta gestação não é fruto do abuso em si, você só descobriu ela por causa do abuso, porque aí você começou a fazer exame, descobriu que tava... Olha, então é nesse sentido. Então, existe um confronto na história e o exame (Magno).

Diferentemente dos profissionais acima, algumas médicas enxergam nesse fato a elaboração de uma “*mentira*” (Mabel) ou tentativa de “*burlar a lei*” (Marisol) para realizar o aborto de forma segura. Quando o aborto é negado, as profissionais informam que as pacientes fazem “*um barraco*” (Marisol), “*ficam agressivas*” e “*bravas*”, informando que vão para o “*Paraguai*” ou “*Venezuela, fazer lá*”, conforme descreveu Mabel. Abaixo, a fala de uma das médicas exemplifica esse tipo de embate:

[...] o que a gente percebe também no nosso serviço, que a gente aqui não pode ser Polícia, [...] Então, ela relatou um fato, a gente tem que acreditar naquele fato. Mas, que a gente percebe muito que ela tá chegando aqui, ela conta uma história, ela monta uma história, entendeu? E fala que foi... que ela não quis a relação, mas, no fundo, foi uma relação que ela consentiu, entendeu? E, só que tem que ela não evitou, umas parte que quando não coincide, a gente fala “que não tem jeito” [...] Aí ela fala simplesmente com cê assim: “Ah, pode deixar que eu vou pensar numa outra data e vou ne outro hospital”, na sua cara assim. Você tá... você tá livre pra fazer o que você achar que deve ser feito, mas aqui no nosso serviço, cê não vai conseguir. Então, [...] no Brasil, no nosso país, não tá sendo legalizado ainda, e eles tão descobrindo que existe uma brecha na lei, que elas podem fazer isso mais seguro, né, porque aqui é um método seguro, né, ela tá dentro de um hospital, né, então ela vai causá-lo. E o pessoal tá muito materialista! Num tão nem pensando que o que tá lá dentro é uma vida, que o que tá lá dentro não pediu pra nascer, né, e vamos tirar (Margarida).

Alguns profissionais forneceram evidências ou deliberadamente tentaram explicar as razões pelas quais o relato da paciente é posto sob suspeição. Diferentemente de todo o grupo, a entrevistada Mabel afirma se sentir “*na berlinda*”, acreditando que o profissional possa sofrer alguma sanção penal caso a história da paciente venha a ser comprovada como

inverídica: “[...]a gente fica na berlinda, porque a gente pode ser culpabilizado por estar fazendo aborto... eh... e ter algum caso [...] não foi uma violência [...] ao mesmo tempo, a gente não pode deixar a mulher desprotegida, porque ela pode querer fazer o aborto em outro lugar”. Em contraste, Monalisa explica que comumente após o estupro, por “vergonha”, a mulher não procura imediatamente ajuda e ao chegar aos serviços, sem sinais de violência é alvo de suspeição: “Ela vai é pra casa tomar banho, [...]. Chorar[...]. Se ela fica grávida, ela vai pro Hospital e fala: ‘olha, eu tô grávida, eu fui vítima de estupro’. Quem acredita nisso? Poucos, só as pessoas preparadas” (Monalisa).

Mas, se, ao invés de “sinal de violência sexual” (Morgana), a mulher apresentar outros associados ao modo de se vestir, comportamento ou ao estado de embriaguez no momento do abuso sexual, Morgana informa que pode haver desconfiança:

[...] é, muito a desconfiança. Vejo muito colega que olha pra paciente e fala “ah, também vestida desse jeito, tá querendo ser estuprada”. Não existe isso, [...]. Ninguém tem direito a fazer nada com o corpo da mulher se ela não quer, né, muito menos a violência sexual. Então, não tem porquê, não tem idade, não tem que cor, não tem raça, não tem vestido, não tem comportamento. “Ah, tava alcoolizada, tá querendo o quê?” Uai, eu tô querendo que tenha respeito independente de como eu estou e às vezes, eu vejo esse tipo de julgamento, maioria das vezes por homens, mas, às vezes, eu vejo por mulheres... Sobre o comportamento da mulher. [...] não tem justificativa, a violência não tem justificativa (Morgana).

De qualquer forma, a desconfiança pode acontecer. Porém, se há convergência entre o relato de abuso e a idade gestacional calculada a partir do ultrassom, alguns profissionais realizam o procedimento. Isso parece possível, fazendo-se um deslocamento da responsabilidade pelo julgamento, do profissional para a paciente: “[...] eu posso até achar [...] que a paciente não tá falando a verdade, mas se os dados eles batem [...] eu tenho que liberar o procedimento [...] o julgamento quem tem que fazer é ela mesma, não sou eu” (Morgana). Já Magali, afirma realizar o aborto ultrapassando seus próprios julgamentos:

É lógico que o ser humano julga, às vezes, né, a gente dentro da gente, às vezes a gente tem aqueles pensamentos assim “será?” “Será?” Mas, enfim, a gente não pode interferir no seu... na sua conduta. Então as vezes [...] a gente pega caso aqui no ambulatório que ela traz uma história, tem uma coincidência da data, a... a idade gestacional bate com a data informada da violência, mas, às vezes, por experiência cê percebe que não eh... a história não é essa assim, tem alguma coisa ali que talvez não caracterizou a violência, mas que para aquela paciente é angustiante aquilo, cê entendeu? Então a... a gente entende que é um sofrimento aquela gravidez ,né, e aí... a gente faz, a gente realiza passando por esses julgamentos (Magali).

A forma de perceber a paciente/mulher, sua consciência e seus desejos também aparece como um dos elementos associados à suspeição à sua palavra. A Médica afirma que “a paciente é quem fez o aborto” e a equipe não a “denuncia”, porém “ela” é

simultaneamente “a agressora, a vítima e a paciente”. Já Monalisa, considera que “o estupro [aborto em caso de estupro] é uma sociedade machista que pune as mulheres pela sexualidade”. Em se tratando da forma como essa sociedade constrói suas leis, o médico Malvino acredita que elas podem gerar “uma estratificação social [...] inferiorizada [...] [e] desfavorável da mulher”. Ele indaga: “[...]mulher que faz o aborto? Sociedade simplesmente coloca ela no nível de uma prostituta, fazer aborto e ser prostituta é basicamente a mesma coisa na visão social”. Recorrendo ao episódio bíblico que culminou na expulsão de Adão e Eva do paraíso, Monalisa explica que a mulher não é confiável: “[...] uma mulher não é uma pessoa confiável na nossa sociedade [...]. Não foi Eva que seduziu Adão? A culpa é da Eva, sempre. [...] ela que deu a maçã [...]. Então, quando cê fala no estupro, foi porque a mulher facilitou, usou roupa curta”. Já Milton pensa a paciente/mulher como alguém cujo querer é momentâneo, e a gravidez enquanto uma condição que a fragiliza, podendo afetar sua capacidade de tomar decisões:

[...] tem pessoas, por exemplo, que vão fazer uma ligadura de trompa numa paciente de 22 anos, se ela tem dois filhos [...] pela lei cê poderia fazer. Eu não faria [...]às vezes, essas pacientes, elas separam. Dali na frente vai querer outro filho, não tem jeito de ter outro filho, entendeu? Que eu falo, às vezes, o seu... o seu querer ele é muito momentâneo. Ele é muito momentâneo, aquela hora eu não quero nunca mais, não quero engravidar mais e num sei o quê. Mas daqui... pode daqui dois meses, daqui a seis meses pode ser diferente, entendeu? Então eu acho que a gente, eu falo assim, as vezes procê tomar uma decisão, ela tem que ser muito amadurecida, ela não pode ser tomada... eu falo assim, a paciente na... quando ela tá fragilizada, eu falo assim, que a gravidez ela ... ela tem até um atenuante na lei pra paciente, quando ela comete algum delito durante a gravidez (Milton).

Estreitamente vinculada à categoria anterior, a 5ª categoria – *Objeção de consciência* – contém o relato de 10 profissionais sobre as práticas de objeção de consciência. Dentre esses profissionais, 4 não realizam o aborto (Margarida, Marcondes, Miguel e Milton), 1 não fazia (Malcom) e outras duas, a depender da situação, não fazem (Mabel e Marisol): “um aborto, onde a mãe está correndo risco de vida, isso não tem drama de consciência nenhum, isso aí eu já fiz. Isso aí, não... não... isso aí cê tá sabendo que aquilo é o que tem que ser feito, que senão os dois morrem” (Mabel), “[...] esse caso que eu vejo que é uma farsa, né, eu não... eu não faço” (Marisol). De acordo com Malcom, a objeção é comumente acionada em situações nas quais há o que Mabel entende como “drama de consciência” ou o que Malcom explica abaixo como “conflito de consciência”:

Nós vivemos numa sociedade aonde a cultura, né, religiosa tá muito enfronhado, né, nas nossas vidas, né. Então, nós... nós somos um país cristão, né, basicamente cristão, né. E, como a religião ela proíbe a prática do aborto em qualquer situação, né, há esse conflito de consciência mesmo do profissional, né. “Poxa, perai, eu sou um

médico, mas eu sou, eu pratico tal religião que a minha religião não permite. Como eu vou enfrentar esse, esse ditame? ” Então, isso, isso tem, né, então... e tem que ser respeitado. E a lei dá esse direito a ele também [...] O problema é quando... o grande problema mais é encontrar esta paciente que necessita com o profissional que executa dentro da lei, então, a nível de Brasil, é isso (Malcom).

Sob essas condições, Malvino afirma que, se o médico “*é religioso*” e/ou “*contra a interrupção, ele se recusa a fazer*”. O médico Marcondes, por exemplo, declara não realizar o aborto devido a sua formação religiosa espírita: “[...]do ponto de vista religioso, eu sou contra o aborto, né, eu sou espírita, tenho formação espírita e tudo [...] não faço porque do ponto de vista religioso, eu não fazi... num... num é da minha formação, né” (Marcondes). Além da religião, Margarida explica que sua “*formação*” também interfere na opção por não realizar o aborto: “[...]minha religião, ela interfere no fato que eu não ia executar o aborto em si, entendeu? E não só por religião, por formação, né. Eu tive uma formação que... que na época minha, eu fazia vida e não tirava vida” (Margarida). Na mesma direção, Milton afirma concordar com “*ela fazer*”, porém não faz. Ele esclarece que trabalhou muito por causa do parto e da gravidez: “[...] Isso é uma coisa minha, [...] não sei se é por causa de ser católico, [...] mas é uma coisa que eu acho muito difícil, eu trabalhei muito por causa da ... do parto, essas coisas todas da gravidez” (Milton). Ele ainda ressalta que não realiza apenas o aborto no qual há “*embrião vivo*”, mas finaliza com curetagem quando a paciente chega com complicações.

Já Miguel, apesar de se autodeclarar agnóstico, também informa que prefere não realizar aborto legal: “[...] não é uma coisa obrigatória, por exemplo, mesmo os abortos que são legais, né, os que têm autorização legal, eu prefiro não fazer”. Ele não entrou em detalhes sobre suas razões, porém criticou o fato de que por vezes as mulheres conseguem a autorização para interromper a gravidez numa fase mais avançada da gestação, que para ele é “*muito mais cruel*”. Mas, para Marcondes, a objeção de consciência é também “*uma coisa pessoal*” e “*religiosa dele*”, do próprio profissional de medicina. Apenas um dos entrevistados afirma ter modificado sua posição no sentido de passar a realizar o aborto legalmente. O médico Malcom explica que durante muitos anos interpôs a si “*uma barreira*”, assumindo um “*pseudo-ditame*” de consciência que, na realidade, “[...] não era ditames de consciência, era medo” por não entender “*a situação dessas mulheres e [...] [nem] a lei*”.

Outros profissionais, respectivamente Mabel e Marisol descreveram situações nas quais se recusam a realizar o procedimento. A médica Mabel descreve um momento no qual não só médicos, como os outros profissionais da equipe insatisfeitos com a falta de critérios para a interrupção legal, estavam se recusando a participar e a realizar o aborto, alegando que não estudaram para “*matar ninguém*” e que o serviço estava “*virando ‘clínica de aborto’*”.

Ela também revela não ter “*drama de consciência*” ao realizar o aborto no qual “*a mãe está correndo risco de vida*”, tampouco em “*casos de malformação do feto [...] desde que haja critérios*”. Marisol, por seu turno, afirma não realizar o aborto em casos de violência sexual, quando ela acredita que o relato da vítima é uma “*farsa*” e ela acha “*errado*”:

Ah, esses casos que eu acho que... que é... farsa! Né, assim que ela inventou, eu tenho realmente resistência sabe, esses aí... e eu tenho direito de não querer fazer, né. Aí, do ponto de vista do Hospital, o Hospital tem que, né, se esse ambulatório definiu que era abuso mesmo e que tem que fazer o aborto legal, alguém da equipe tem que fazer mas não necessariamente eu. Então, esse caso que eu vejo que é uma farsa, né, eu não... eu não faço, mais pela questão legal mesmo. [...] e essa outra que eu te falei que a minha residente tava também, a gente tinha certeza que num... que era farsa, mas veio com toda documentação do ambulatório e alguém fez, mas nesse sentido, de que realmente não era uma coisa, né, é... não achava que... achava... eu achava que era errado mesmo, né, farsa! (Marisol).

Embora não tenha nenhuma “*objeção*”, Magno destaca que a paciente não pode correr risco de morte. Ele afirma: “*[...] independente da objeção, a paciente ela não pode correr o risco de morte, né... então, ao... o risco, o direito à vida ele é superior ao direito a sua objeção de consciência*”. Como Morgana declara, essa situação é considerada “*urgência médica*”. Ela explica: “*é um risco, inclusive à vida da paciente, porque ela tá num momento de... de desespero, de... às vezes, até prestes a cometer um autoextermínio por desespero. Então, isso é considerado uma urgência médica*”. Abaixo Melina cita um caso ilustrativo no qual a objeção de consciência foi acionada:

[...] eu já passei por isso aqui no [Serviço D], a paciente internou pra induzir o aborto por estupro. Tudo bem documentado, inclusive ela até tinha ... ehh ... Boletim ... eh ... de Ocorrência, a maioria não tem porque ela foi achada numa via pública, né. Então, ela tinha tudo bem documentado. Nós começamos a indução, mudou o Plantão, a gente foi passar o caso pra plantonista, ela falou: “não, eu vou interromper, porque eu não ... eh... faço o aborto, eu sou médica pra salvar vidas, e não pra tirar”. Interrompeu. Ficou, aí no próximo Plantão passou, o outro médico começou e assim vai. É um direito que o médico tem se a paciente não tá correndo risco de vida, né, se ela tivesse com sangramento ela teria que dar assistência ali (Melina).

Na 6ª e última categoria do bloco – *Estratégias para lidar com dificuldades* – 8 profissionais entrevistados descreveram estratégias adotadas para lidar com algumas dificuldades cotidianas. A profissional Martina, por exemplo, considera sua rotina “*pesada*”, sobretudo em função dos casos de violência sexual que ela denomina como uma “*situação difícil psicologicamente falando*”: “*vítima de violência também, quando chega é bem pesado. Hoje em dia evito atender. Muito pesado... muito pesado. As histórias são bizarras*”. Na mesma direção, Margarida descreve seu cotidiano como “*muito pesado, porque tem muito caso que [...] parte muito pro emocional*”. O entrevistado Miguel, por sua vez, reconhece

essas dificuldades, porém salienta a existência de “defesas profissionais”: “[...] obviamente que você tem defesas profissionais, né, você não pode vim trabalhar e cair em pranto o tempo todo, mas obviamente também que você não é imune a tudo que acontece. São situações que te abalam, que te impressionam”. Em relação às defesas profissionais, Martina afirma que com o tempo “vai se acostumando”; Margarida inclusive complementa que a exposição às situações cotidianas ao longo do tempo faz com que o profissional fique “meio pedra”: “E com esse tempo todo, eu tô aqui já deve ter mais ou menos 12 anos, [...] a gente vai ficando meia pedra, né, a gente.... a gente acaba não envolvendo muito com emoção [...]. Mas, tem uns casos que [...] mexe muito com a gente” (Margarida). Sobre o não envolvimento, Melina considera necessário priorizar um atendimento profissional, se afastado também da indignação que “não ajuda em nada”: “[...] a gente tem que levar [...] esse atendimento, assim, mais pro lado profissional mesmo, né, não se envolver tanto, né. Lógico que atender a demanda da paciente, mas sem se envolver, sem se indignar com as coisas que ela fala ali”. Por conseguinte, Malcom reflete que “[...] é muito difícil se colocar no lugar do outro que [es]tá vivendo essa situação”, tanto por um “distanciamento de gênero”, no caso de um homem, ou pela “experiência”, já que são “poucas as profissionais que vivenciam isso”. Essa dificuldade é relatada pelo profissional Magno, que afirma haver um “distanciamento necessário” para que a melhor terapêutica seja adotada:

Que tipo de empatia você consegue estabelecer com sua paciente? Eu não consigo te responder [...] talvez porque eu não queira me envolver emocionalmente com a história da paciente. Então, se eu me envolvesse emocionalmente neste caso, eu fica...talvez eu ficasse limitado pela minha emoção. Eu mostraria aquela empatia necessária [...] pra desenvolver bem o meu trabalho, mas eu não poderia nunca me colocar no lugar dela, [...] já que ela que tá passando por todo o... né, o drama da perda da gravidez, eh... e outro, por uma questão mesmo de distanciamento necessário pra que as melhores condutas fossem tomadas (Magno).

Essa estratégia parece auxiliar também no enfrentamento de dificuldades ligadas à comunicação com a paciente, especialmente a comunicação de notícias consideradas ruins. O médico Mathias reitera essa dificuldade, tanto na comunicação com as mães sobre “uma situação incompatível com a vida” do feto ou de morte: “uai, o médico num... o médico não consegue falar para alguém que alguém vai morrer”. Há profissionais ligados aos campos da genética e da oncologia, por exemplo, que confirmam isso: “é difícil, é difícil, ainda mais na genética, né. Na genética, a gente trabalha com má notícia, né, sempre” (Marvin), “hmmm... ah perda gestacional é sempre ruim, e dá diagnóstico de câncer. Sempre ruim” (Martina). Contrastando com as falas anteriores, Melina considera que essas dificuldades são mais comuns em se tratando de médicos mais jovens, devido à “imaturidade” (Melina). Já Mathias

não apenas percebe essa dificuldade nos profissionais mais novos, como explica que falta aos médicos(as) jovens experiência e conhecimento sobre os “limites da medicina”: *“principalmente os mais jovens são os médicos mais, com mais bagagem. [...] A turma dos Tiranossauro Rex é que dá conta [...] dessas coisas, porque já tem noção dos limites da medicina e já conviveu com muitas situações daquele tipo”*.

Nessa direção, Milton, que, aliás, conta com significativo tempo de atuação, afirma que a medicina sabe “muito pouco”: *“nós não somos dono do saber, a gente não é dono do saber, acho que a medicina sabe muito pouco. Não tem esse negócio de falar; ‘ah cê tem tantos meses de vida’, esse negócio não existe”*. A seguir, Mathias faz afirmações sobre a incerteza da medicina que explicam as dificuldades no diálogo com as pacientes:

[...] Tipo assim, “ah, mas doutor, cê tem certeza de que esse exame, tá certo?” Se a mulher fizer uma pergunta dessa, como é que a gente vai responder. Na medicina não existe 0 ou 100. Então... não existe 0% ou 100%, não existe. Sempre há uma possibilidade de erro, faz parte da prática médica. Princípio da incerteza. Não é o da física lá de Heisenberg, não mas tem muito a ver. É o princípio da incerteza, [...] médico que atua achando que a medicina não é falha, tá... tá errado, sabe. Ela é falha por natureza, porque ela é uma atividade humana. Então, né (Mathias).

Além dessa característica, Mathias percebe que há “uma coisa da formação da medicina”, *“de lutar pela vida a todo custo o máximo possível”*. Por conseguinte, *“[...] os mais jovens [...] têm muito aquela ilusão do médico totalmente salvador de vidas e na mão deles ninguém morre”*. Por essa razão, em situações nas quais não é possível assegurar a vida, Mathias informa que o médico se sente “diminuído”: *“o médico, quando se depara com uma realidade dessa na qual ele não tem esse poder de garantir a vida, ele se sente muito ... eh... diminuído na minha opinião”*. Ainda segundo o entrevistado Mathias, essa característica da medicina impacta no posicionamento ante ao aborto: *“[...] como eu falei pra você, como a medicina ela é muito mais voltada para a proteção da vida, para muitos médicos fica difícil para eles assumirem a situação de defesa do aborto, entendeu...”*.

“Aborteiros” e “fazedores de anjo”

A Tabela 6 apresenta as 2 categorias que integram o conjunto sobre os termos e nomes direcionados aos médicos e indivíduos que realizam o aborto. É digno de nota que as reações dos entrevistados foram significativamente caracterizadas por incômodos, silêncios, esquecimentos e evasões. E, a despeito de 7 entrevistados não terem citado nenhum nome, 13 participantes citaram 10 termos diferentes que se repetiram 22 vezes.

Tabela 6 – “Aborteiros” e “fazedores de anjo”

Categorias	M
Não conhece ou não se lembra de nenhum termo	15
Os nomes pejorativos e a clandestinidade/legalidade	17

Na 1ª categoria – *Não conhece ou não se lembra de nenhum termo* – 15 entrevistados emitiram respostas caracterizadas pelo esquecimento, desconhecimento ou indiferença em relação à eventuais termos pejorativos. Embora não negassem a existência desses termos, os (as) ginecologistas/obstetras Magnólia, Matilde e Magno, com certa hesitação disseram não se lembrar de algum nome: *“Não. Eu não tô lembrando. Não, essa não é a minha realidade assim não”* (Magnólia), *“[...] eu não sei se... Na verdade eu já devo ter ouvido falar, que tem alguma coisa que tá aqui na minha cabeça aqui que é... Mas eu não... num... num tá... realmente...”* (Magno), *“Agora me fugiu realmente [risos] me fugiu, num tô... num tô lembrada assim, mas existe muito”* (Matilde). Outros profissionais, como Moacir e Milton, afirmaram que *“talvez tenha”*, mas não conhecem ou nunca viram: *“olha, talvez tenha, mas eu realmente não.. não conheço. Num ... Num...”* (Moacir). O médico Milton, inclusive acha que os médicos que fazem têm uma *“mente mais aberta”*: *“[...] Não, nunca... não nunca vi isso não. Não, nunca fiz isso não... [...] Acho que não, eu acho que na realidade ele tem uma mente mais aberta”* (Milton). A entrevistada Margarida, por sua vez, afirma que o profissional que faz é respeitado e *“não é tachado de nome nenhum”*. Igualmente, Melina declara que *“nunca soube”* de nenhum nome, até porque *“[...] nesses casos que a lei permite, [...] é um procedimento normal de hospital”*. O participante Magno, apesar de não se lembrar de algum nome, informa que ignora *“essa questão do [...] pejorativo, por [...] ter uma linha de raciocínio muito [...] firme”*.

Os(as) profissionais Magali, Magnólia, Magno e Malvino negaram a existência de discriminação e termos pejorativos em seu ambiente de trabalho. A médica Magali, por exemplo, afirma que ninguém nunca *“[...] referenciou o colega como aborteiro, como Plantão que faz o aborto”*. Já Malvino, mostra-se cético quanto a esse tipo de situação e assevera que não há constrangimento para o profissional que realiza o aborto: *“[...]tô falando do que eu convivo, né. Dos casos que são encaminhados pro abortamento e que são realizados pelos colegas das maternidades nenhum gera nenhum constrangimento pros colegas tá”*. Já os médicos(as) Margarida, Miguel e Milton informam que os profissionais que fazem o aborto são respeitados e geralmente trabalham em serviços respeitáveis: *“[...]a gente respeita quem faz.... Você tem opção de não fazer, tá [...] mas o colega que faça a gente respeita, e como respeita, entendeu! Porque nós tamo fazendo uma prática legal tá [...] Agora, os lá de fora, né...”* (Margarida), *“[...] normalmente os profissionais que fazem os*

casos, né, autorizados por lei, eles são os profissionais que têm bastante respeitabilidade em serviços bastante respeitáveis “[...] professores de serviço público, de faculdade [...] que fazem isso porque até mesmo precisa desse peso” (Milton).

A partir das respostas acima e do relato do(as) médicos(as) Marisol, Marcelino, Marcondes, Mathias, Moacir e Morgana, começam a se esboçar sutis ressalvas sobre os nomes pejorativos e o status jurídico sob o qual o aborto é feito. Em todas as respostas abaixo, a condição legal na qual a prática é executada é realçada: “[...]os que realizam, é... respaldados com a lei, eu não acho que tenha termos pejorativos pra eles não” (Marisol), “[...]o legal, aquele que é feito... não existe isso... pelo menos nas [...] três Maternidades que eu respondi [...] Não tem esse tipo de preconceito” (Marcelino), “[...] não, pelo menos nos serviços onde é realizado isso com mais frequência, por exemplo do que aqui no Hospital, me parece que os colegas que trabalham na assistência a essas mulheres não sofrem nenhuma [...] pressão, alguma coisa depreciativa do trabalho deles” (Mathias). A entrevistada Morgana parece concordar com seus colegas acima. Porém, assim como o médico Moacir, ela admite que “talvez tenha[m]” nomes pejorativos, ela inclusive afirma perceber “um certo olhar” vindo dos colegas: “[...]vai ver até tem e eu não sei, né [...]. Mas existe [...] um certo olhar de ‘ah, esse médico ele acredita em toda paciente’, [...] ‘pra ele qualquer uma que fala que foi estuprada, ele vai lá e faz o aborto’”.

Como a maioria dos entrevistados informou desconhecimento sobre situações de discriminação e nomes pejorativos no âmbito do aborto legal, elaborou-se uma categoria na qual a discriminação e a “nomenclatura pejorativa” (Marisol) eram deslocadas para “os de fora” (Margarida). Assim, a 2ª categoria – *Os nomes pejorativos e a clandestinidade* – expõe o relato de 13 ginecologistas/obstetras que associam os nomes pejorativos com a situação de clandestinidade. Para Miguel, “o apelido [...] é uma maneira de [...] lidar com [...] os profissionais”. Os profissionais aos quais ele se refere “nem sempre” são “médico[s]”, como informa Malvino, que também reconhece que esses sujeitos são de “alguma forma [...] achovalhados (sic)”. Nesse caso, os termos mais comuns são “aborteiro” (profissionais Magali, Malcom, Malvino, Marcelino, Marcondes, Marvin e Mathias) e “fazedores de anjo” (Mabel e Morgana) – “os que fazem aborto como profissão” (Morgana). Logo, “[...] o aborteiro é o médico que mexe com o aborto” e está “na clandestinidade” (Marcondes) ou “[...] algum profissional, ou talvez nem médico que vai provocar... provocar um aborto, né” (Marvin). Quanto ao seu espaço de trabalho, Magali informa que o termo está associado com as “clínicas de aborto”: “[...] Aborteiro? [...] dentro de uma assistência adequada? Não... Não, dá... da questão clandestina é... a gente vê lá uma clínica de aborto, por um aborteiro”. Isso é endossado pela médica abaixo:

[...] essa nomenclatura pejorativa, [...] são pessoas que tão fora da lei, né... que fazem ... eh ... né... que tem clínicas clandestinas, que tem situações, né. Mas, graças a Deus eu não conheço e num... né... num, num... e nem quero conhecer, né, porque eu [...] Quando cê tá respaldado pela lei [...], isso é muito bem estabelecido, e a cultura da instituição já incorporou isso, né. [...] Eu acho que esses termos assim, igual tem lá o Doutor Cegonha, o Doutor... né... o Doutor abortador, ou sei lá o que é, mas acho que tudo isso é... eh... são profissionais que infelizmente tão fora da lei (Marisol).

Há ainda uma associação do termo aborteiro com os aspectos financeiros, como elucidada Marcelino: “o aborteiro, essa expressão pejorativa do aborteiro normalmente é que são esses que fazem pra ganhar dinheiro”. Ele relembra que essa expressão era mais comumente veiculada antes de as “Maternidades de Belo Horizonte” possuírem “estrutura pra receber essas mulheres vítimas de violência sexual e nos casos de que elas tem uma gravidez...”. Por conseguinte, a expressão designava aqueles que priorizavam o dinheiro em detrimento da assistência: “[...] tinha os pejorativos que chamavam ‘fulano de tal é aborteiro’, ‘beltrano é aborteiro’, aqueles que faziam só pela questão do dinheiro, o financeiro, não pela aquela questão assistencial. [...] isso, ilegal. Por fora” (Marcelino). Por conseguinte, Mathias ressalta que se trata de um “nome depreciativo”, enquanto Miguel relata um caso no qual o termo empregado – “Curetinha de Ouro” – matinha relação com o dinheiro, o contexto ilegal e principalmente com a forma de provocar o aborto:

[...] tem aborteiro, tem Curetinha de Ouro, né tem mais. [...] É um apelido comum. Seria, era conhecido na clínica... agora [...] A maior parte não é feita por curetagem, mas antigamente as clínicas que tinham de abortamento, todas ilegais, né, era feito através de curetagem e aí normalmente o profissional que vivia de abortamento, ele vivia de curetagens e aí a gente falava, o fulano é um... um Curetinha de Ouro, ou seja, curetava muito, fazia... [...] Pelo dinheiro e, e... exatamente, pelo instrumento que ele usava, da cureta. Assim, muitos profissionais ganharam bastante dinheiro com isso inclusive, né. Assim, eu tenho um ... um ... um amigo, mas é um conhecido médico que trabalhava na Bahia [...], e ele falou que quando ele foi pra lá, ele se casou com a filha de um médico que era um ginecologista lá e ele tinha dificuldade com a vida econômica dele, com tudo lá, até que o sogro dele falou com ele, falou: “olha, passei minha vida, alguém tem que fazer esse trabalho, e o trabalho que eu faço aqui é esse, é o de interrupção de gravidez, é o de abortamento e é o que é mais rentável ali”. E ele acabou substituindo o sogro como o aborteiro lá da... da comunidade, né. Então assim, tem esse aspecto econômico também (Miguel).

Apesar de a maioria dos(as) ginecologistas/obstetras entrevistados(as) terem alegado que os termos pejorativos eram mais frequentemente destinados aos “de fora” ou “fora da lei”, houve relatos de discriminação e perseguição aos profissionais que realizam o aborto em circunstâncias legais. Um número significativo de entrevistados (7) discorreu sobre esse tipo de situação. Tanto o médico Moacir quanto a médica Morgana afirmam que os profissionais que realizam o aborto dentro da instituição sofrem “preconceito” e são “vistos com maus-

olhos”: “[...] Não, eu sei que a pessoa, o profissional que faz o aborto legal, ele sofre preconceito sim, dos colegas, né” (Moacir), “[...] os profissionais que... eh... participam do procedimento, alguns são vistos com maus-olhos, né, [...] de forma preconceituosa” (Morgana). Conforme Monalisa, esses profissionais passam a serem vistos como “o grupo abortista”: “[...] eles são... eh... o grupo abortista, né. Assim, eles são muito rejeitados dentro do Hospital”. A profissional Mabel, por sua vez, cita vários termos pelos quais o profissional pode ser depreciado: “[...] chama de ‘aborteiro’, ‘carneiro’, ‘açougueiro’... eh... eh... ‘fazedor de anjo’, eh... ‘vampiro’ né. É, e... e... tem pessoas que realmente assim, não se incomodam nenhum pouco. É como se tivesse tirando uma ‘verruca’” (Mabel). Já a médica Martina, embora não conheça profissionais que “tenham o dedo apontado”, afirma já ter ouvido comentários sobre o termo “açougueiro”:

[...] Talvez açougueiro, não sei... De gente comentar, né... Mas que eu tenha que... “Ah não, fulano foi chamado assim” [...] Mas, ah, o povo fala : “fulano é açougueiro, bota lá as mulher pra fazer sangrar, né” [...]. Porque a indução do aborto, a mulher vai sangrar. Mas, assim, dentro da minha prática eu não conheço ninguém que tenham o dedo apontado (Martina).

Segundo o médico Malcom, esses termos podem variar de acordo com o radicalismo do profissional: “[...] os nomes pejorativos que fala... eh... é aborteiro, é abortista, é assassino de... depende do radicalismo que vai fazer, né” (Malcom). A participante Martina reitera que esse tipo de situação não a “agrada” e ela avalia como “feio [...] um colega falando do outro”. Mas ela entende que essas situações acontecem em razão da colocação das convicções morais “acima de qualquer coisa”: “[...] algumas pessoas botam suas convicções morais acima de qualquer coisa, [...]apontando o dedo, fazendo julgamento, né, atuando como juiz, né”. Ao ser rotulado ou sofrer esse tipo de discriminação, Moacir afirma que alguns profissionais podem ter dificuldade na interação com os colegas de trabalho:

[...] eu conheço pessoas que trabalham com isso que realmente referem dificuldade de ... né ... depois de se apresentar pros colegas, o pessoal tem preconceito, eles acham que os colegas são ... são pessoas ruins, né, tão cometendo uma ... né, um crime, tão matando o feto, entendeu? Isso aí existe, realmente, né. Esse preconceito ... eh... de muitos contra quem faz o aborto legal nos Hospitais (Moacir).

Em “outros serviços”, fora da “região metropolitana”, Magali reconhece a existência de discriminação aos colegas. Nesses locais, além da discriminação, os profissionais podem enfrentar resistência e ficarem “solitários”: “igual que eu sei que tem em outros serviços [...] ah, principalmente fora da região metropolitana. São pessoas, às vezes profissionais que têm que brigar pra fazer o procedimento, ficam solitários na... na realização do mesmo, né” (Magali). Na mesma direção, a médica Monalisa afirma que muitos serviços acabam

fechando: “alguns serviços fecham, porque [...] só tem um profissional que assume, né. Então, essa questão da equipe que lida com [...] o aborto legal, né [...] eh... são poucos os hospitais que assumem isso, né”.

Para o participante Malcom, muitos “profissionais” e, sobretudo, “instituições privadas” não realizam “o aborto previsto em lei”, por “medo de ser[em] reconhecidas pela sociedade [...] [como] uma instituição que executa o aborto”. A partir do momento que o profissional realiza o aborto e “torna isso público”, Malcom acredita que ele será “apedrejado em um momento ou outro”. A entrevistada Mabel, por exemplo, revela grande incômodo ante a hipótese de ser tachada com algum dos nomes que ela citou anteriormente: “[...]horrível! Horrível! Pelo menos assim, as pessoas que... tem gente que não liga. Mas a grande maioria e, pra mim, por exemplo, eu num... eu não aceitaria [ser tachada com algum nome]” (Mabel). Abaixo, essa mesma médica oferece uma ilustração do que foi falado:

[...]E, o Estado... eh... forçar o serviço a ter que fazer isso, e sendo que várias cidades de interior não fazem, porque as pessoas não concordam e... não tem quem vá assumir uma equipe pra ser chamada de “aborteira” no interior, porque, se o médico faz um aborto numa menina, ele fica tachado como “fazedor de aborto”, “fazedor de anjo” (Mabel).

Além da resistência profissional e institucional, as(os) médicas(os) Martina, Monalisa e Moacir reconhecem situações nas quais houve perseguição social ao profissional que realizava o aborto legalmente. O entrevistado Moacir menciona o mesmo caso relatado por Monalisa, ao lembrar dos ataques sofridos por Dilma Rousseff durante a campanha eleitoral para a presidência em 2010, por levantar a “bandeira” do aborto legal, afirma que, caso o médico tenha o interesse em “disputar um cargo político eletivo, ele vai sofrer”. Já Monalisa relembra o caso de uma colega no qual houve perseguição, sobretudo nas redes sociais:

No público, os profissionais eles são discriminados sim. Por exemplo, a Doutora [X], [...]ela foi inclusive denunciada acho que pelo CRM [...], que era uma médica abortista. [...] Ela teve uma época que diminuir, parar de fazer, entendeu? Tavam numa perseguição que fizeram tanto de assédio em redes sociais, isso tudo, quanto de... eh... prestar conta, olha que que cê tá fazendo? Sabe, e ela fazendo de acordo com Norma Técnica do Ministério da Saúde. Né, o próprio Olímpio também de Recife que foi excomungado [...] (Monalisa).

A lei atual: entre o avanço e o retrocesso

Antes de discorrer sobre o conteúdo do último conjunto de categorias, a Tabela 7 apresenta informações sobre o conhecimento acerca das leis e normas que orientam as práticas de atenção ao abortamento. Todos os participantes citaram direta ou indiretamente o

Código Penal de 1940 e a ADPF-54 (Tabela 1). Metade dos participantes se referiu aos “protocolos” do hospital no qual trabalhavam ou aos “termos” utilizados no processo de atenção às mulheres grávidas vítimas de abuso sexual (Termo de Relato Circunstanciado, Parecer Técnico, Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro, Termo de Responsabilidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ambos anexos à Portaria MS/GM Nº 1.508). Apenas duas médicas mencionaram a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. Duas participantes não souberam citar nominalmente nenhuma legislação ou norma. É digno de nota que somente uma médica fez menção a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing (1995), as quais reconhecem respectivamente os direitos reprodutivos e sexuais. Chama atenção que um dos médicos cita o Boletim de Ocorrência, defendendo a necessidade de apresentá-lo para ter direito ao aborto em casos de gravidez decorrente de estupro. Uma das participantes também se referiu a “Medida Provisória de 2016”¹² que segundo ela, estabelecia que “[...] *todas as Unidades de Saúde têm que ser capacitadas para o atendimento inicial à mulheres que sofreram violência sexual*” (Morgana).

Tabela 7 – Conhecimento sobre leis e normas relacionadas ao aborto no Brasil

Legislações e normas citadas	Total de participantes que citaram
Código Penal	20
Protocolos e termos	10
Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento	2
Não vou saber te falar	2
B.O.	1
Constituição	1
“Medida Provisória de 2016”	1
Plataformas de Cairo e Beijing	1

A Tabela 8 apresenta as 6 categorias que fazem parte de um conjunto que engloba as percepções e opiniões dos (as) entrevistados (as) acerca da legislação sobre o aborto vigente no Brasil.

Tabela 8 – A lei atual: entre o avanço e o retrocesso

Categorias	M
A lei atual, facilitações e aspectos positivos	10
A lei atual, limitações e aspectos negativos	15
A legislação/norma poderia melhorar	9

¹² Possivelmente, a entrevistada tentou se referir à Portaria Nº 2.393 de 11 de novembro de 2016 que versa sobre a habilitação de Serviços de Saúde no âmbito do SUS quanto à realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual.

Opinião/posicionamento sobre a legalização do aborto	20
É preciso avançar na discussão	6
Possibilidade de retrocesso	9

Na 1ª categoria – *A lei atual, facilidades e aspectos positivos* – 10 ginecologistas/obstetras fizeram uma avaliação sobre aspectos positivos da legislação atual. Metade de todos os entrevistados reconheceram facilidades na atual legislação. Em geral, os profissionais consideram que a legislação atual “*facilita bastante [...] [o]trabalho*”, uma vez que as “*indicações são precisas*” (Magali). Como exemplo, Magno afirma: “*Ela facilita muito, tá [...]temos esses três parâmetros. [...] Então, é muito fácil eu virar e falar ‘faço aqui e não faço aqui’, porque aqui não me é permitido por lei. Então, isso me dá uma resguarda... eh... juridicamente, me resguarda legalmente*”. Além de endossar as posições acima, Milton acredita que não há limitação: “*[...] o aborto legal ele já é definido, cê num tem limitação, mesmo eu não fazendo, mas tem um colega que faz, entendeu? Dentro da instituição*”. Os profissionais também reconhecem que a atual legislação trouxe certos avanços. O profissional Moacir considera que a “*legislação*” brasileira “*[...] ainda é um pouco melhor do que em alguns países, que ainda permite o aborto em situação de estupro, situação de risco de vida da mãe, ou situação de inviabilidade do feto*”. A médica Magali, por sua vez, pondera que, “*considerando o entendimento da população de uma forma geral [...] em relação a questão do aborto [...], ainda é o que se pode fazer*”. Outros profissionais veem como um “*avanço*” “*fantástico*” (Moacir) a dispensa da apresentação do B.O. nos casos de gravidez decorrente de violência sexual:

[...]Jeu acho que já deu uma melhorada muito grande, eh...no caso, né, da interrupção legal da gestação em situação de violência sexual. Antes precisava de Boletim de Ocorrência, hoje não precisa mais. Isso, eh ... é um facilitador pra mulher, porque fazer um B.O. pra poder procurar um Hospital já é um fator, né... um degrau a mais que ela teria que subir pra conseguir ajuda médica, em relação a... as outras causas de... que são motivos de interrupção que é a anencefalia e que é a gravidez que causa risco pra mulher, [...] cê precisa ter uma Junta Médica, né (Morgana).

Não obstante, a maioria dos entrevistados (15) percebeu limitações e aspectos negativos na legislação vigente. É sobre isso que versa a categoria 2 – *A lei atual, limitações e aspectos negativos*. Para Magnólia, “*[...] nem o que está na lei [...] [se] tem conseguido oferecer à paciente*”, pois, além da “*dificuldade do paciente ter acesso*” aos direitos previstos em lei, ainda há “*questionamento de colega*”: “*[...] na prática, eu vejo mais limitação [...] não por causa da lei, mas no cumprimento dela, de... de quem pratica... esses questionamentos. ‘Mas é incompatível mesmo com a vida’ [...] ‘É um risco mesmo pra mãe. Eu posso realmente fazer esse aborto, cês têm certeza?’*”. Na mesma direção, Miguel ressalta que a “*morosidade da justiça*” acaba fazendo com que muitas pacientes percam seu direito:

“[...]mesmo nos casos que são reconhecidos por lei, a paciente ela perde o direito, porque ela perde [...] a oportunidade de fazer aquilo [...] por morosidade da justiça, até ela chegar no Hospital com uma autorização legal [...] a gestação já evoluiu bastante”. De acordo com Marcelino, isso tende a acontecer principalmente em casos de outras *“[...] malformações extremamente graves, que não permitem a sobrevivência pós-nascimento”* e, diferentemente da anencefalia, não são contempladas por nenhuma jurisprudência, o que *“[...] condena[...] essas mulheres a carregar essa gravidez até os 9 meses”*.

Outros profissionais consideraram como limitação a restrição legal aos três excludentes de ilicitudes para a prática do aborto: *“[...] ninguém que tá fora da lei, chega me procurando. Nunca chegou, mas, se chegasse, seria uma limitação, né, eu não vou praticar porque eu estaria agindo contra a lei”* (Martina), *“[...] então, assim me limita porque uma mulher que chega pra mim dizendo... me pedindo pra fazer um aborto, eu vou dizer não. Então, isso é limitante”* (Magno). Sobre isso, Moacir especifica que esse tipo de limitação atingiria a paciente também: *“[...] ela traz a limitação da paciente que deseja abortar porque ela não quer a gravidez, né, o aborto por opção mesmo, né”*. A médica Matilde também menciona esse mesmo tipo de limitação, acrescentando que, *“as vezes”*, não há como a mulher evitar a *“gestação [...]mesmo com todas as informações que nós temos aí na mídia, preservativo de graça”*. Nessa direção, Malcom considera que a lei é falha na medida em que o Estado não é capaz de oferecer todos os métodos contraceptivos para garantir o planejamento familiar: *“[...] A lei é o seguinte, né, ela é falha [...] porque o planejamento familiar, ele é uma obrigação do Estado, prover o planejamento familiar, [...]pra se falar que você oferece planejamento familiar, você tem que ofertar todos, todos os métodos”*.

Além disso, os(as) profissionais Marcelino, Milton e Melina, por exemplo, consideram que a *“legislação atual é equivocada”* (Marcelino). Para Milton, *“a pessoa tem que ter o direito de não querer aquilo”*. Atentando-se a isso, Marcelino questiona os pressupostos da lei atual: *“[...] a legislação atual ela é equivocada. [...] é uma legislação que ela parte do pressuposto de que a pessoa não tem a capacidade de discernir ou entender o que que é bom e o que que é ruim pra ela”* (Marcelino). Por conseguinte, essa legislação não garante *“uma assistência adequada”* (Milton), tendo em vista que as mulheres têm que recorrer à clínica clandestina: *“[...] mais o desejo dessa paciente de que muitas vezes tinha que recorrer... tem que recorrer a clínica clandestina, se expondo, né. Tem que ir lá no câmbio negro comprar, né? Às vezes, nem é a medicação verdadeira, pode ser falsificada”* (Melina).

Considerando os riscos aos quais as mulheres se expõem em situações clandestinas, Marvin avalia que *“a lei é muito precária”* e *“atrasada”*. Compartilhando da mesma opinião, Moacir observa que a legislação brasileira [...] [est]tá muito atrás de alguns países da Europa

que ainda têm o aborto liberalizado” (Moacir). Já Malvino afirma: “[...] Não existe no mundo uma legislação tão restritiva como essa, nem... nem em país Islâmico [...] é a coisa mais atrasada que existe”. Assim, esse mesmo Médico conclui que “[...] a sociedade [es]tá fazendo vítimas por uma restrição que é moral”. Nesse cenário, Marcondes lembra que a maioria dessas vítimas “[...] que morre[m] são as pacientes de nível social mais baixo”. Para Magno, essa situação é muito injusta, pois diferentemente das mulheres das classes mais baixas, as mulheres com mais condições financeiras têm acesso a serviços ilegais mais seguros, ou mesmo à medicação que é “superfaturada no câmbio negro” (Melina):

[...] Essa é minha opinião, a lei ela é muito injusta pra aquelas mulheres que não têm... não têm condições socioeconômicas pra realizar um abortamento seguro que acontece. Fato! [...] Então, as mulheres com uma classe social menos desfavorecida morrem, porque optaram por fazerem um aborto de forma insegura. De classes mais favorecidas, sobrevivem porque elas têm condições de procurar lugares em que têm, têm o mínimo de segurança desde de limpeza, assepsia, até mesmo de cuidado pós-procedimento. Não, a gente não precisa esconder isso de ninguém, porque isso todo mundo sabe, sabe, a única pessoa... as pessoas que não querem são as pessoas que... que não querem enxergar e discutir isso, são aquelas pessoas que tão ali legislando nesse momento (Magno).

Em menor frequência, outras limitações como a não autorização da interrupção em casos de “anomalias que não são incompatíveis com a vida” foram citadas pelos médicos Moacir e Marvin. Somente uma das entrevistadas reconheceu como contraditório a NTAHA que informa que a palavra da mulher é suficiente para a realização do aborto em caso de gravidez oriunda de violência sexual, e a Portaria MS/GM nº 1.508 da qual um dos anexos pede a confirmação mediante ultrassom: “[...]isso se mantém na... na revisão dessa norma de abortamento, aborto legal, se mantém essa questão do ultrassom, né. Fica parecendo que é uma segurança pros profissionais, né ... eh... é contraditório, enfraquece a palavra da mulher, mas é o que ... é o que tá dando pra fazer [risos]” (Monalisa).

Ao identificarem limitações e aspectos negativos, muitos entrevistados avaliaram a necessidade de mudança da legislação atual associada ao aborto no país. Assim, as avaliações de 9 profissionais integram o conteúdo da 3ª categoria – *A legislação/norma poderia melhorar*. Cabe ressaltar que essa categoria não é necessariamente sobre o ponto de vista dos ginecologistas/obstetras a propósito da (não) legalização do aborto. Trata-se apenas da percepção sobre a necessidade de mudar/melhorar a lei e do que se entende como melhoria. A médica Morgana, por exemplo, faz parte de um grupo de profissionais (Mabel, Malcom e Monalisa) que, por hora, pensa na necessidade de melhorar/mudar aspectos que não são “especificamente a lei do aborto” (Morgana), como a majoritária presença masculina na

elaboração das leis ou a necessidade da mesma na realização de alguns procedimentos no âmbito do SUS:

[...] então, eu acho que já houve uma evolução, mas eu continuo achando que talvez alguma coisa tem que ser melhorada, né, principalmente porque é estranho dizer que quem faz a lei sobre corpo da mulher é um homem, que a maioria dos legisladores nossos são do sexo masculino. [...] Por que quando um homem fala o que que deve ser feito com o corpo da mulher, tá errado. [...] o homem sabe o que quer do corpo dele e a mulher sabe o que quer do corpo dela. [...] Existe muita coisa que ainda é relacionada àquele preconceito antigo, por exemplo, a lei de contracepção. Hoje, pra uma mulher fazer uma ligadura de trompas pelo SUS ela precisa ter assinatura do parceiro dela, se ele não deixar, ela não pode fazer. O corpo dela é dela (Morgana).

Outras profissionais, como Mabel, descrevem uma alternativa de “melhoria” que perpassa a criação do que ela chama de “colmeias” para acolher mulheres que engravidassem e não desejassem ter o “bebê”:

[...] Olha, eu se eu for pensar numa utopia, eu acho que deveria ser.[...]é utopia mesmo, mas toda mulher que estivesse grávida e não quisesse seu bebê, mas que ela pudesse ser acolhida, em casas onde houvesse um trabalho profissionalizante, com escola pra elas, com orientação onde e como que cuida do neném, quartos individuais, e convivência e ginástica, e ela pudesse ter ali seu bebê e, se ela realmente decidir não ficar com o bebê, que ele fosse encaminhado pro... pra a adoção rápida [...]. E [...] aí, ela depois voltaria pra sua vida normal, então, isso que eu acho que deveria... são essas colmeias, né. Vai se funcionando tudo de acordo (Mabel).

Uma parcela de entrevistados também dirige sua atenção para a necessidade de “[...] melhorar [...] as políticas públicas de métodos contraceptivos” (Morgana). O médico Malcom, por exemplo, acredita que são necessárias políticas de assistência às mulheres: “[...] uma falha do Estado de prover pra essas mulheres em todas as etapas da vida o que elas necessita. Então, precisa de políticas públicas, tá, de assistência às mulheres”. Finalmente, Monalisa informa que o Estado deveria proporcionar um “planejamento reprodutivo sério”: “[...] precisa de existir um planejamento reprodutivo sério nesse país [...] ampliado, livre de discriminação, [...] de questões morais que influenciam, um processo educativo pras mulheres, pros homens, pra que as mulheres não precisem recorrer a um abortamento pra uma gravidez”. Outro grupo de profissionais falou especificamente sobre a necessidade de “avançar” (Moacir), isto é, “mudar a legislação” (Magali) ou ter “mais flexibilidade em relação a isso” (Matilde) no sentido de “oferecer pra paciente um aborto seguro” (Martina), tornando o aborto “um direito” (Magnólia).

Na 4ª categoria – *Opinião/Posicionamentos sobre a legalização do aborto* – é que as posições e justificativas sobre a legalização do aborto, características e indicações/significados de algumas das mudanças defendidas anteriormente são apresentadas

pelos 20 ginecologistas/obstetras participantes. No que diz respeito às opiniões de todos os (as) profissionais entrevistados (as), apenas duas médicas (Mabel e Margarida) se posicionaram de forma contrária à legalização do aborto no país. Em se tratando da relação entre a religião/religiosidade, prática do aborto e apoio à legalização, a situação mais frequente (5) foi ser católico, apenas religioso, realizar o aborto e apoiar a legalização da prática. Mas para a maioria dos entrevistados, a religião (seja o catolicismo, o espiritismo ou agnosticismo) e a religiosidade não parecem exercer forte influência sobre a realização do aborto e o apoio à legalização dessa prática.

O posicionamento de alguns participantes (médicos Marcondes, Mathias, Miguel e médicas Margarida e Melina) merece algumas considerações. O profissional Marcondes, por exemplo, afirma ser contrário ao aborto apenas do *“ponto de vista religioso”*, sendo favorável à sua legalização pela ótica da saúde pública: *“[...] do ponto de vista religioso, eu sou contra o aborto, [...] mas eu acho que [...] do ponto de vista de legislação, de política pública, eh... a mulher brasileira deveria ter acesso a isso”*. Essa posição se assemelha à do médico Milton, que, por *“causa de ser católico”* e ter trabalhado *“muito por causa [...] do parto, essas coisas todas da gravidez”*, não realiza o aborto mas defende que *“[...] a pessoa tem que ter o direito de não querer aquilo”*. A profissional Marisol, por sua vez, também faz uma distinção entre o *“ponto de vista médico”* e o *“ponto de vista [...] de pessoa”* no qual ela percebe o aborto com base na religião *“espírita”*, porém não vê *“problema nenhum”* em *“colocar [...] o comprimido p[a]ra induzir aquele aborto”* e acha que o *“abortamento deveria ser legalizado”*. O médico Mathias também faz esse tipo de distinção: *“[...] do ponto de vista individual, pessoal, talvez eu fosse até contra um aborto. [...] Mas [...] como médico e preocupado com a questão da saúde pública [...], eu acho que o aborto ele não deveria ser criminalizado”*. E, mesmo Margarida, a despeito de se opor à legalização do aborto e não realizar a prática, admite concordar com certas concepções: *“Eu particularmente, eu sou contra, tá. Mas tem certas eh... concepções que é muito difícil. Aí, você tem que acabar concordando”*.

Já Melina realiza o aborto e argumenta que a mulher *“[...] deveria ter o direito de interromper aquela gestação”*, porém ressalta que não defende o aborto, e nem levanta essa bandeira, uma vez que se trata de *“[...] uma questão extremamente polêmica”*. Ela explica: *“não defendo o aborto não [...], porque eu acho que cê tem acesso à métodos contraceptivos mesmo. Mas, se é uma opção da mulher, [...] ela tem que ter o direito de escolher. Mas, num levanto essa bandeira”*. Uma posição inversa é exibida por Miguel que, se declara *“agnóstico”*, não realiza o aborto enquanto médico, mas se diz *“absolutamente ferrenho defensor da legalização do aborto”*:

[...] eu sou contra o aborto do ponto de vista de decisão quanto à minha vida, né. Então, eu não faço aborto como médico, né, eu nunca fiz [...]. Mas eu sou absolutamente ferrenho defensor da legalização do aborto, porque a minha decisão quanto ao aborto é pessoal, é pra minha vida. Mas eu tenho uma opção profissional e que me cabe assistir a paciente que está em processo de abortamento, seja um aborto involuntário, seja um aborto provocado, né. Eu não tenho que ter julgamento quanto a isso, o julgamento que eu tenho quanto à questão, ele é bom pra minha vida pessoal, pras decisões que concernem à minha vida. Então, eu decidi não fazer aborto profissionalmente, eu decidi não fazer aborto pessoalmente. Mas eu luto pela legalização do aborto [...]. Então, apesar de que os meus julgamentos que cabem na minha vida pessoal são contra o aborto, profissionalmente eu não sou contra de maneira alguma (Miguel).

No que concerne às justificativas nas quais esses entrevistados respaldam suas opiniões referentes à (não) ampliação da lei, foram explicitadas diferentes razões pelos participantes. A maioria dos (as) ginecologistas/obstetras (8) justificou o posicionamento em favor da legalização do aborto com base na “questão de saúde pública” e na “redução de danos”, isto é, dos óbitos desnecessários e do sofrimento feminino. Em seguida, a justificativa que perpassa o direito/escolha das mulheres que não desejam uma eventual gravidez também foi significativamente frequente (5). Já a autonomia e direito ao corpo foram empregadas por 4 ginecologistas/obstetras. Na mesma frequência, o foro íntimo foi citado como justificativa, sustentando-se no princípio de que o Estado não deveria interferir ou ser tão rigoroso nesse tipo de questão. As duas médicas restantes justificaram sua posição contrária à legalização do aborto no país, respectivamente com base no “direito à vida”, considerando o feto como “indivíduo” e na justificativa de que os brasileiros não estão preparados para essa mudança na lei.

A maioria dos entrevistados se contrapõe à ideia de que a legalização “*aumentaria o número de aborto*” (Miguel) ou de que as “*pacientes usariam como meio de contracepção*” (Magnólia). Porém, no que tange às indicações/significados, parte dos entrevistados ajuizou que o aborto se destina a “*situações específicas*”. Para Martina o aborto não deve ser visto como método contraceptivo: “*[...] ele vem como alternativa pra uma gravidez indesejada quando se estava se cuidado*”. Ela explica: “*[...] eu não posso virar e dizer assim: ‘ah, não, eu vou praticar sexo sem proteção a torto e direita [e] cada vez que vier, um aborto... cada vez que vier, um aborto’ [...]. Você abortar, existe risco de hemorragia, [...] de infecção, [...] de perfuração*”. Na mesma direção, Matilde complementa que, enquanto um método para “*situações específicas*”, o aborto deve envolver um “*trabalho [...] com as mulheres [...] no Centro de Saúde, na Equipe de Saúde da Família, no Planejamento Familiar*”, haja vista que as “*gestações [es]tão acontecendo cada vez mais cedo [...], meninas [...] engravidam com 13, 14 anos*”. Ademais, a mulher não deve deixar de “*se cuidar*” frente ao risco de “*contrair*

uma doença sexualmente transmissível”, como adverte Melina, afirmando que o aborto não deve “*ser um incentivo*”. Abaixo, a fala de Malvino sintetiza alguns desses aspectos:

Ele é pra situações específicas, ele tem que ter indicação da malformação fetal, ele tem que ter indicação pra impossibilidade social, ele tem que se impor nas falhas comprovadas de contracepção. Cê imagina, a mulher tem um DIU, ela botou um DIU, que, que ela tá sinalizando pra ela, pro marido e pra sociedade? Que ela não quer ter filho. O DIU falhou, ela tem que ser obrigada a ser mãe?! Ela já demonstrou que ela não quer ser mãe, ao colocar um DIU. Mas aí o DIU falhou, muito bem. Mas aí a sociedade vira pra ela e fala: “É, filha, falhou. Problema é seu”. Não, problema não é dela. Ela já tem uma condição social na qual a gravidez não era possível. Se ela em algum momento se arrependeu daquela gravidez que foi fruto de um... de um momento impensado ou de inconsciência por droga, por alguma coisa. Então essas discussões têm que começar a ser feitas (Malvino).

Para que a legislação fosse modificada, 6 médicos indicaram a necessidade de se discutir mais sobre o aborto no Brasil, conforme a categoria 5 – *É preciso avançar na discussão*. Para Milton, é preciso discutir não apenas o aborto legal, como também outras situações: “[...] acho que tinha que discutir mais essa questão do aborto ilegal. Num é só o aborto dessas causa de... de óbito que vê que o neném não vai sobreviver, ou às vezes do... do estupro, pessoa tem que ter o direito de não querer aquilo”. Em concordância, Magno também acha que “essa discussão [...] deveria existir [...] p[a]ra que a lei fosse [...] ampliada”. Sobre a discussão, Matilde pontua que se trata de “[...] uma discussão muito séria [...] que tem que ser pensad[a] [e] repensad[a]” envolvendo “várias autoridades”. Por conseguinte, Malcom considera se tratar de uma “uma discussão muito ampla” que envolve a “questão da vida” e a “questão de foro íntimo”. Todavia, ele reconhece que “essa discussão [...] nunca chegou num consenso em lugar nenhum do mundo”. Nesse sentido, Malvino se queixa de que essa discussão não é feita de forma séria: “[...] todo mundo se recusa a discutir de forma séria, de forma pausada [...] não é com extremismo, nem dos que são a favor que pedem liberação absoluta total, com aborto se confundido até como método contraceptivo, isso é um absurdo”. Outra queixa é feita por Marvin, quanto às forças que tolhem o debate: “[...] Eu acho que tem que avançar no debate. O debate, ele é parado, né. Parado por forças ... é... questões, principalmente questões religiosas, mas eu acho que o debate tem que avançar”. Abaixo, a fala do médico Malcom ilustra bem o conteúdo tratado:

Tem que discutir, nós não discutimos isso no Brasil. Só radicalizamos, não discute, uma discussão saudável, entendeu? [...] Ouvir as mulheres, não só os movimentos, de um lado ou de outro. Tem que ouvir o cidadão lá na ponta, que você quer? Quê que você acha? Pra você, não para o outro, tá. Pra você! Eu não tô... você não tem que achar pro outro, “ah eu quero, porque eu não quero que nenhuma mulher faça isso” ou “quero que todas as mulheres façam isso”, entendeu? Então é isso, você tem que saber dosidar, porque o quê que você quer? (Malcom).

Sem perder de vista o conteúdo da penúltima categoria, a categoria 6 – *Possibilidade de retrocesso* – abarca a preocupação manifestada por 9 ginecologistas/obstetras quanto à possibilidade de retrocesso devido às características da sociedade brasileira e, principalmente, ao atual quadro político do país. No que diz respeito à sociedade brasileira, Magali, por exemplo, vê a “*possibilidade de mudar a legislação*”. Porém, para tal, ela acredita que é preciso “*trabalhar muito o conhecimento das pessoas em relação a isso*”. Ela explica ainda que há um entrave cultural: “*e eu acho que tem uma questão cultural. Eu acho que tem uma questão cultural, da questão... eu acho que essa questão do aborto ainda é culturalmente difícil pra... pra nós brasileiros assim, por questões religiosas e várias questões, né*”. A médica Monalisa inclusive acredita que não só a sociedade, como também os próprios médicos são “muito conservadores”: “[...] *nossa sociedade é muito conservadora, né, e ignorante em muitas questões, né. E os médicos também são muito conservadores*”. Essa parece ser a conclusão de Mabel ao cogitar a existência de clínicas para realização do aborto: “[...] *poderia ter clínicas onde é feito aborto. [...] Mas a sociedade também não aceitaria isso. [...] Porque se você montar uma clínica de planejamento familiar aqui igual tem em outro país, onde faz aborto e tudo, aquilo ali vai ser bombardeado*”.

Quanto ao cenário político, Mathias relembra que “[...] *desde a redemocratização do país que isso vem sendo muito bem discutido*”, porém “*não sabe*” se no atual governo essa tendência irá continuar rumo a “[...] *uma ampliação das Políticas de Saúde das Mulheres no sentido de garantir direitos*” (Monalisa). Nessa direção, Miguel percebe uma mudança no fundamento das decisões políticas que podem gerar dificuldades: “[...] *nitidamente, agora com as mudanças políticas, uma dificuldade, né, porque já... a coisa ficou muito mais religiosa, né, as decisões menos científicas e mais religiosas, né*” (Miguel). Por isso, Moacir teme que haja “*retrocesso*”, pois, como lembra Magno, a sociedade passa “*por um processo [...] muito conservador*”, ameaçando “*as possibilidades já existentes*”. Já o profissional Marvin acredita que a tendência é de que a lei sobre o aborto se mantenha ou piore:

[...] eu acho que a tendência é piorar, eu acho que é. [...] De impedir mais ainda essa questão, porque existe uma bancada evangélica muito forte hoje no Congresso de pessoas extremamente conservadores, né, e que eu não vejo um... uma coisa progressiva no sentido de avanço dessas questões, né. Então eu acho que a tendência ... eh... ou se mantiver ou a tendência é piorar (Marvin).

Discussão

Este capítulo está dividido em duas partes. Basicamente, a primeira parte se debruça sobre as questões mais gerais que concentram seus esforços na apreensão e resgate do aborto enquanto objeto relevante para o campo da saúde coletiva. Por conseguinte, a discussão inicialmente alçada visa a cotejar os principais estudos da literatura sobre o aborto e atenção ao abortamento articulando-os a resultados anteriormente apresentados.

Uma vez que essa discussão esteja abalizada, a segunda parte deste capítulo irá se debruçar mais especificamente sobre as representações sociais do grupo investigado sobre o aborto. Nessa parte, os esforços serão direcionados no sentido de analisar esse objeto identificando-se as RS e seu processo de elaboração e partilha entre os entrevistados. Concomitantemente um esforço será alocado em prol da análise de algumas das principais práticas relatadas pelos entrevistados.

Aborto e atenção ao abortamento: uma discussão preliminar

Diferentemente de alguns estudos nos quais havia predominância de sujeitos de pesquisa do sexo masculino (Faúndes *et al.*, 2004; Osis *et al.*, 2013) ou feminino (Diniz, Madeiro & Rosas, 2014), na presente pesquisa o gênero foi igualmente dividido. Embora o sexo masculino predomine na categoria médica em geral, no que concerne a especialidade de GO, as mulheres representam a maioria – 56,6% (Scheffer, 2018). Em relação à religião, metade dos entrevistados eram católicos, o que difere de outros estudos nos quais o catolicismo era majoritário entre os(as) médicos(as) (Loureiro & Vieira, 2003; Osis *et al.*, 2013). Não obstante ao caráter qualitativo do presente trabalho, como já vem apontando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a despeito de ainda ser preponderante no Brasil (64, 6%), o catolicismo vem perdendo adeptos (Brasil, 2010).

No que diz respeito ao conhecimento acerca da legislação atual sobre o aborto – Código Penal – os participantes deste estudo exibiram conhecimento maior do que em outros estudos (França-Junior *et al.*, 2015; Faúndes *et al.*, 2004). Certamente o maior conhecimento dos preceitos jurídicos dispostos no Código Penal sobre o aborto se deve ao fato de que, ao contrário desses estudos, a maioria dos entrevistados nesta pesquisa trabalhavam ou trabalharam em serviços de aborto legal. Apesar disso, foi demonstrado baixo conhecimento sobre normas importantes como a NTAHA ou sobre direitos sexuais e reprodutivos, o que também foi percebido por Aquino (2012). A maioria dos entrevistados também sabia da dispensabilidade de apresentação de B.O., o que contrasta com vários estudos nos quais este e

outros documentos não exigidos por lei eram solicitados nos casos de gravidez decorrente de estupro (Madeiro & Diniz, 2015; Diniz, Madeiro & Rosas, 2014; Faúndes *et al.*, 2004; Loureiro & Vieira, 2003).

Majoritariamente, o grupo de médicos participantes desta pesquisa posicionava-se favoravelmente à legalização do aborto no país. Igualmente, no trabalho de Loureiro e Vieira (2003) 66% dos médicos concordavam com a ampliação de hipóteses de aborto previstas em lei. Já na pesquisa de Faúndes *et al.* (2004), 80% dos médicos eram favoráveis à ampliação dos casos nos quais não deveria haver punição ao aborto. No estudo de Benute *et al.* (2012), 72,4% dos médicos consideravam a legalização do aborto um avanço para a sociedade, defendendo sua viabilidade em casos de gravidez não planejada ou de malformações fetais compatíveis com a vida. As justificativas para modificar (questão de saúde pública, redução de danos causados pelo aborto inseguro, autonomia sobre o próprio corpo) ou não modificar (direito à vida e ausência de preparação dos brasileiros) a legislação sobre o aborto também foram semelhantes a outros estudos (Wiese & Saldanha, 2014; Miranda, 2011).

Tal como no trabalho de Barbossa, Bobato e Mariutti (2012), muitos dos profissionais que participaram do presente estudo evitavam investigar a etiologia do aborto. Esse fato contribui para a ocorrência de imprecisão nos registros de aborto e, por conseguinte, para subnotificação e subinformação de óbitos maternos (Brasil, 2012; Martins *et al.*, 2017; Szwarcwald, 2014; Morse *et al.*, 2011). No estudo de Adesse *et al.* (2015), por exemplo, foi encontrado alto número de mulheres com diagnóstico de aborto não especificado (84,6%).

Como já frisado no presente estudo, o aborto inseguro continua a ser uma importante causa de mortalidade materna no Brasil (Drezett, 2013; Adesse *et al.*, 2015). Todavia, devido ao considerável tempo de atuação e experiência, os(as) médicos(as) participantes deste estudo puderam perceber transformações no quadro de morbimortalidade por aborto. As complicações mais graves, como perda uterina, septicemia e até mesmo o óbito fazem parte de uma realidade anterior à difusão ilegal do Misoprostol, tornando as complicações menos graves e clinicamente pouco distinguíveis das consequências do aborto espontâneo. Na literatura voltada às experiências de mulheres que provocaram o aborto, o uso isolado ou combinado do Misoprostol com chás caseiros e ervas é o mais recorrente, sendo que as intercorrências mais comumente relatadas são as dores, cólicas, febre e sangramento (Carneiro, Iriart & Menezes, 2013; Carvalho & Paes, 2014; Rio de Janeiro, 2018; Heilborn *et al.*, 2012; Madeiro & Rufino, 2016).

No tratamento dessas complicações, em consonância com as recomendações da NTAHA (Brasil, 2011) foi mais recorrentemente relatada a preferência pela AMIU entre os(as) entrevistados(as), embora o método nem sempre estivesse disponível ou fosse viável.

Como destaca Saciloto *et al.* (2011), o esvaziamento uterino mediante AMIU oferece mais vantagens, bem como a substituição da anestesia geral ou raquidiana pela analgesia, conjugada, ou não, ao bloqueio paracervical, culminando na redução do tempo de permanência hospitalar e conseqüentemente dos custos hospitalares. Porém, essa ainda não parece ser a realidade de muitos serviços brasileiros que utilizam frequentemente a curetagem (Carneiro, Iriart & Menezes, 2013; Yu, 2010; Adesse *et al.*, 2015; Murta *et al.*, 2001; Brasil, 2011).

Se por um lado as mortes e sequelas associadas ao aborto reduziram com o advento do Misoprostol, por outro, criou-se um cenário no qual as mulheres frequentemente procuram os serviços de saúde para tratar sinais e sintomas menos graves (Singh, 2017; Carvalho & Paes, 2014; Carneiro, Iriart & Menezes, 2013). No entanto, antes que isso aconteça, há toda uma constelação de motivos que se interpõem no horizonte das mulheres que realizam o aborto. Muitos dos motivos que levam as mulheres a recorrerem ao aborto na visão dos(as) médicos(as) que participaram deste estudo convergem com as razões declaradas por mulheres que participaram de outros estudos. É o caso da gravidez indesejada, dos aspectos socioeconômicos, da preocupação com os estudos e carreira, do abandono e/ou ausência de apoio das redes de sociabilidade mais próximas à mulher, bem como do parceiro (e também a falta de um parceiro) e da família quanto à gravidez (Beraldo, Birchall & Mayorga, 2017; Pérez *et al.*, 2013; Sell *et al.*, 2015; Santos & Silveira, 2017).

Os últimos aspectos mencionados acima atravessam fortemente a classe social das mulheres que eventualmente realizam o aborto de forma ilegal. Ao contrário das mulheres das classes sociais mais pobres, entre os segmentos sociais mais abonados há muitas vezes o apoio dos pais. Na maioria das vezes, são eles os primeiros a tomarem conhecimento sobre a gravidez da filha e raramente uma gravidez imprevista é levada adiante entre as jovens das classes mais altas (Heilborn *et al.*, 2012). É aqui que se insere uma máxima percebida pelos entrevistados e já consagrada na literatura, isto é, a de que as mulheres pobres e negras é que correm mais riscos e sofrem os maiores percalços ao realizarem o aborto clandestinamente (Santos & Brito, 2016; Wise, 2012; Silva & Andreone, 2012; Heilborn *et al.*, 2012; Rio de Janeiro, 2018). No estudo de Silveira, McCallum e Menezes (2015), por exemplo, foi investigada a experiência de abortos provocados de mulheres de estratos sociais médios realizados em clínicas privadas de duas capitais nordestinas. Constatou-se que as clínicas consideradas “tops” localizavam-se em bairros de estratos sociais médios e altos, contando com equipamentos modernos e luxuosos para realizar o aborto cobrando-se um valor elevado. Já as clínicas “populares” situavam-se nos centros de cidades ou bairros periféricos, eram mais precárias e cobravam valores mais acessíveis.

Outro motivo bastante indicado pelos participantes deste trabalho refere-se à gravidez não planejada. Uma parcela significativa dos(as) médicos(as) reconhecem falhas no acesso ao planejamento familiar, burocracia na oferta de métodos contraceptivos, orientação e educação sexual para que os “casais” e famílias planejassem a gravidez. Porém, na última *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (PNDS, 2006), foi constatado alto percentual de mulheres unidas (80,6) ou não unidas com vida sexual ativa (75,2%) que utilizavam algum método contraceptivo ($t= 67,8$). Em geral, os métodos mais usados eram as pílulas (22,1%), esterilização feminina (21,7%) e o preservativo masculino (12,9%). Em São Leopoldo/RS, estudo de Gonçalves *et al.* (2019) com 736 mulheres constata ampliação na utilização de alguns métodos. 31,8% utilizavam o anticoncepcional oral, 11,1% realizaram ligadura tubária e 10,9% faziam uso do preservativo masculino isoladamente ou combinado com pílulas (10,5%). Já o estudo de Olsen *et al.* (2018), envolvendo 633 mulheres, em São Paulo, exibe uma tendência ainda maior quanto ao uso de contraceptivos (81,1%); os métodos mais usados foram o preservativo masculino (28,2%) e anticoncepcional oral (23%), seguidos da combinação de pílula e preservativo (14,7%) e injetáveis (13,7%).

Sem deixar de se contrapor a esse cenário e tampouco as falas dos participantes sobre a gravidez indesejada, a pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, coordenada por Leal (2014), mostra uma realidade inquietante. Contando com a participação de cerca de 23.940 mulheres, o inquérito constata que aproximadamente 30% das mulheres não desejaram a gravidez atual, sendo que 9% estavam insatisfeitas com a gestação e 2,3% tentaram interrompê-la. Para essa parcela da população feminina, houve menor cobertura pré-natal, 60% das gestantes que não planejaram a gravidez iniciaram o pré-natal após a 12^a semana de gestação. Em suma, como reflete a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2016), 55,4% das gestações no Brasil não são planejadas e entre as adolescentes esse percentual sobe para 60-83,7% das primeiras gravidezes. Na prática, a estimativa é de 1,8 milhão de gestações não planejadas por ano, resultando em 1,58 milhão de nascimentos (FEBRASGO, 2016).

Para Borges *et al.* (2017), essa suposta contradição pode estar associada à inapropriada oferta de insumos contraceptivos na atenção básica à saúde, bem como os reversíveis de longa duração – dispositivo intrauterino (DIU) – e implante; à baixa eficácia de ações educativas ou ausência das mesmas; e, ausência de protocolos para atender as demandas contraceptivas de homens e mulheres. Na atenção básica à saúde, no Rio de Janeiro, estudo com 31 profissionais de saúde e 30 usuários percebeu dificuldades por parte dos agentes comunitários em abordar temas relativos à sexualidade e reprodução durante as visitas domiciliares, ao passo que os médicos davam pouca ênfase e não participavam de ações informativas e

educativas nos grupos de planejamento reprodutivo (Luiz, Nakano & Bonan, 2015). Na macrorregião sul de Minas Gerais, o estudo de Gonzaga *et al.* (2017), com 79 coordenadores da área técnica de Saúde da Mulher, identificou grandes barreiras no acesso ao DIU. Dentre os municípios, 53,7% não oferecem o DIU nas unidades básicas de saúde e, mesmo entre aquelas que o fazem, 68,7% não contavam com protocolo específico, 80,6% exigiam condições desnecessárias para a inserção do DIU, estipulando critérios burocráticos e sem base científica. Adicionalmente, dados da *Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil* (PNAUM, 2016), sugerem maior prevalência de uso de contraceptivos orais (28,2%) e injetáveis (4,5%), cuja forma de acesso predominante é pagar pelo contraceptivo (60,6%).

Logo, a farmácia aparece como a principal fonte de obtenção de métodos contraceptivos hormonais e preservativo, e os serviços de saúde do SUS, de métodos cirúrgicos de esterilização feminina e masculina (PNDS, 2006; Olsen *et al.*, 2018; Brandão *et al.*, 2016). De acordo com Brandão *et al.* (2017), a busca pelas farmácias possibilita às usuárias contornar dificuldades presentes no acesso aos cuidados em saúde, bem como o acesso aos insumos, às consultas, aos exames, e às ações educativas em grupos de planejamento reprodutivo que são pré-requisitos para obtenção do método. A farmácia torna-se a alternativa mais lógica para a contracepção de emergência. Para as autoras acima, trata-se de uma estratégia feminina para se esquivar da submissão aos poderes médicos e dos outros membros da equipe de saúde os quais podem indagar e perquirir sobre a vida afetivo-sexual e moral das usuárias.

Ocorre que a disponibilização, distribuição, recomendação ou prescrição não torna instantaneamente os métodos contraceptivos parte do cotidiano das pessoas (Brandão & Cabral, 2017). É necessário que se compreenda a contracepção como um ato cultural atravessado por valores, representações sociais, normas de gênero; crenças e incertezas sobre a maternidade, sexualidade, conjugalidade e família (Carvalho, 2019; Brandão & Cabral, 2017). Dito isso, é preciso considerar que boa parte dos entrevistados neste estudo, pensavam a contracepção e o próprio planejamento familiar como um ato individual da alçada feminina. Por vezes, as causas para a gravidez não planejada eram associadas à “ignorância”, “desinformação”, “ilusão” e “inconseqüência” das mulheres e adolescentes, revelando uma exclusão mútua dos homens e dos profissionais de saúde. Muito pouco ou quase nada era dito sobre os homens, isentados da responsabilidade pela contracepção. Em outros estudos, essas acepções estiveram vinculadas às representações sobre a sexualidade feminina e vieses de gênero, que justificavam a baixa adesão masculina aos programas reprodutivos a partir do

papel de “provedor da família”, o que comprometia a disponibilidade de tempo para participar (Zordo, 2012; Luiz, Nakano & Bonan, 2015; Heilborn & Cabral, 2006).

Nesse caso, a oferta, a prescrição e o uso de contraceptivos são permeados por normas de gênero e padrões de masculinidade (Pedro *et al.*, 2016). A exaltação da performance sexual masculina e da virilidade são atributos essenciais da masculinidade heterossexual que frequentemente implicam na assimétrica responsabilidade vivenciada pelas mulheres quanto aos cuidados contraceptivos (Brandão & Cabral, 2017; Nascimento *et al.*, 2011). Essas visões podem ser subscritas por profissionais de saúde, normalizando a noção de cuidado de saúde como uma característica feminina, de modo que os homens adotam mais práticas curativas, e as mulheres mais ações preventivas (Machin *et al.*, 2011).

Assim, se por um lado o descuido masculino com a saúde é justificável e até mesmo aceito, o mesmo não vale para as mulheres. No estudo de Brandão *et al.* (2016), com balconistas de farmácia, por exemplo, foi percebida grande reprovação ao uso da contracepção de emergência – medicação bastante vendida – que era considerada “perigosa”, nociva à saúde feminina e sinônimo de negligência e irresponsabilidade na busca por prazer sexual. O mesmo discurso não se verificava no consumo do citrato de sildenafíl – bastante vendido aos homens. Enquanto a preocupação masculina com o desempenho sexual era considerada positiva, a preocupação tardia das mulheres com uma eventual gravidez era vista negativamente. Ademais, o contraceptivo de uso regular também não era condenado, possivelmente porque evocava a ideia de disciplinamento e regulação do corpo e sexo feminino, ao passo que a contracepção emergencial acentuava a autonomia feminina e a renúncia de eventuais negociações e/ou vigilância dos parceiros e instituições de saúde (Brandão *et al.*, 2017).

A valorização dos estudos, da carreira e a presença de um parceiro parecem orbitar o ideal da gravidez – planejada e desejada – e de família – nuclear – expressos pelos participantes deste estudo. Aqui impera a visão de uma ordem cronológica subjacente à conjugalidade e parentalidade que demarcam a transição para a vida adulta fortemente caracterizada pela “[...] autonomia residencial/conjugal e profissional/financeira” (Heilborn, & Cabral, 2006, p. 226). Entre as classes mais favorecidas, como demonstra o estudo de Patias e Buaes (2012), com mulheres de classe média, sem filhos por escolha, pairava a ideia de que a opção por ter filhos dependia de condições psíquicas, econômicas, tempo e paciência, de modo que a espera pelas condições adequadas culminava em adiamento da maternidade ou na opção por não ser mãe. Nas classes populares, entretanto, o desejo pela maternidade pode aparecer mais cedo, haja vista que – pela falta de outras trajetórias possíveis – nas castas menos favorecidas a figura feminina está significativamente associada ao papel

materno (Dias *et al.*, 2013). Nesse painel, é provável que a gravidez precoce, tardia ou ausente apareça como perturbação ou desvio, já que persiste ainda forte pressão à maternidade cuja ausência ou impossibilidade pode aparecer associada aos sentimentos de tristeza, inferioridade e incompletude (Trindade & Enumo, 2002).

Sem o apoio da família, do parceiro e dos próprios profissionais de saúde, tem-se um cenário no qual a decisão pelo aborto é caracterizada pela solidão, medo e desespero. Estudos sobre o aborto na perspectiva de mulheres também notaram que o, silêncio, o medo, a culpa, desamparo, o desespero e a solidão constituíam dimensões afetivas que caracterizavam o aborto (Pérez *et al.*, 2013; Beraldo, Birchall & Mayoga, 2017; Borsari, 2012; McCallum, Menezes & Reis, 2016). Além do desamparo nas redes de sociabilidade mais próximas, um segundo abandono costuma ser protagonizado pelos próprios profissionais de saúde que tentam não intervir no desejo das pacientes pelo aborto, situação fortemente influenciada pela criminalização da prática no país (Mortari, Martini & Vargas, 2012; Adesse *et al.*, 2015).

Até aqui, todos os aspectos tratados se condensam num itinerário que começa com a criminalização da prática/gravidez indesejada/Misoprostol e termina com possíveis maus-tratos nos sistemas de saúde (Heiborn *et al.*, 2012). No presente estudo, embora a maioria dos entrevistados manifestasse substancial preocupação com o cuidado às pacientes em situações de aborto legal ou ilegal, descrevendo o cultivo de práticas de cuidado que impactam positivamente na atenção à saúde das mulheres do ponto de vista da NTAHA, houve significativo relato de práticas da equipe de saúde e de colegas de trabalho que configuram violência institucional. Na visão dos entrevistados, as situações envolvendo aborto provocavam sentimentos negativos nos colegas, como raiva e estresse. Por conseguinte, os participantes deste estudo relataram já terem presenciado ou ouvido falar de situações nas quais as mulheres que realizaram o aborto não foram bem recebidas, sofrendo variados tipos de repreensões, castigos, julgamento, preconceito, discriminação, comentários ofensivos e castigos que envolviam maus-tratos na hora de realizar procedimentos rotineiros e até mesmo a execução de curetagem sem anestesia. Essas situações também foram descritas em outros estudos (Benute *et al.*, 2012; Gesteira, Diniz & Oliveira, 2008; Soares *et al.*, 2012; Aquino, 2012; McCallum, Menezes & Reis, 2016; Carneiro, Iriart & Menezes, 2013; Carvalho & Paes, 2014; Madeiro & Rufino, 2016; Silva, Cordeiro & Silva, 2016).

Temendo esse tipo de reação ao procurar auxílio dos(as) médicos(as) e equipes de saúde, muitos entrevistados relataram que as pacientes negam, silenciam sobre o aborto ou demoram a chegar nos serviços de saúde. Como afirmam Beraldo, Birchall e Mayorga (2017), o aborto se situa na esfera do segredo. Logo, para não passarem por situações constrangedoras e não sofrerem julgamento, muitas mulheres permanecem em silêncio. Portanto, como

evidenciado em outros estudos, as mulheres podem retardar a procura por serviços de saúde devido ao medo e à insegurança (Carneiro, Iriart & Menezes, 2013; Carvalho & Paes, 2014; Pérez *et al.*, 2013; McCallum, Menezes & Reis, 2016; Gonzaga & Aras, 2016). Por vezes, o receio das mulheres abarca o medo de denúncia à polícia, algo possível na opinião de alguns dos participantes desta pesquisa. No Rio de Janeiro, uma análise de processos de aborto na justiça revelou que, em 13 casos, o que deu ensejo à investigação policial foi a denúncia feita pelo próprio hospital no qual as mulheres haviam sido atendidas (Rio de Janeiro, 2018).

É digno de nota as poucas menções dos entrevistados ao planejamento reprodutivo pós-abortamento em alguns casos de aborto. Alguns estudos com mulheres que induziram aborto evidenciam que poucas delas foram orientadas quanto à procura por serviço de planejamento familiar ou adoção de algum método contraceptivo, sendo que, nas poucas vezes que isso ocorre, as mulheres não participam da escolha dos contraceptivos (Carvalho & Paes, 2014; Carneiro, Iriart & Menezes, 2013). Conforme as diretrizes da NTAHA, o atendimento da mulher com complicações decorrentes de aborto só é considerado completo se acompanhado de orientação e oferta de métodos contraceptivos, haja vista que a adoção imediata de contracepção pode ser uma medida eficiente na redução do risco de novos abortamentos (Brasil, 2011).

Nos casos de aborto legal, como aqueles viabilizados em gestações derivadas de violência sexual, alguns dados da presente pesquisa apontam na direção de outros estudos que constataram regimes de suspeição e desconfiança ao relato da vítima (Dios, 2016; Diniz *et al.*, 2014; Diniz, Madeiro & Rosas, 2014; Silva, Cordeiro & Silva, 2016). Nesses trabalhos, a verdade sobre o acontecimento do estupro dependia, dentre outros fatores, da busca por um “nexo causal” entre o relato da vítima e a idade gestacional detectada pelo exame ultrassonográfico – aqui denominada pelo grupo entrevistado como “confronto na história e no exame”. Antes de mais nada, é preciso dizer que as especulações e desconfianças podem ser amplamente infundadas. Inclusive no hospital Pérola Byington, referência na atenção às vítimas de violência sexual em São Paulo, muitas mulheres apresentam o B.O. voluntariamente, 90% concordam em comunicar a polícia sobre a agressão e, nos casos de recusa, geralmente o fazem devido a ameaças de morte (Drezett & Pedroso, 2012).

Dito isso, há uma dimensão pouco explorada pelos estudos acima que merece ser considerada. No presente estudo, metade dos participantes fez referência explícita aos “protocolos” dos serviços nos quais trabalhavam, como instrumentos legais que orientavam suas práticas e condutas. Nesse caso, os documentos aos quais se referiam eram aqueles imprescindíveis às suas práticas cotidianas, cujos modelos fazem parte da Portaria MS/GM nº 1.508. Especialmente o parecer técnico deve ser assinado por médico(a), atestando a

“[...]compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada” (Brasil, 2005). Assim, é provável que essa ambiguidade entre a referida Portaria e a NTAHA – reconhecida por uma das entrevistadas – influencie na busca pela confirmação do relato da vítima e da valorização da verdade. Via de regra, em matéria de aborto, as legislações brasileiras desde sempre foram assinaladas pela profunda contradição e ambivalência resultantes de embates entre grupos sociais com percepções, posicionamentos e interesses distintos os quais são reproduzidos pelo legislativo (Mikael-Silva & Martins, 2018; Barreiras & Weber, 2014; Scavone, 2008; Mikael-Silva & Martins, 2016).

Assim como as pacientes podem sofrer preconceito e discriminação, os profissionais de saúde também podem ser alvo de julgamentos dos colegas. Entre os entrevistados nesta pesquisa, esse foi um assunto nitidamente controverso e desconfortável. Muitos participantes negaram a existência de nomes pejorativos. Dentre aqueles que admitiram a existência de uma “nomenclatura pejorativa” uma estratégia de deslocamento do preconceito para outro grupo – sujeitos que fazem aborto clandestinamente – foi amplamente empregada. Via de regra, neste estudo, muitos(as) médicos(as) negavam a discriminação, mas a direcionavam a um grupo genérico denominado de “aborteiros”. É evidente que os processos identitários e conflitos grupais podem estar por trás das situações acima, oferecendo um fértil horizonte investigativo. No entanto, não é objetivo do presente estudo se aprofundar nesses aspectos.

Por outro lado, é de grande e legítima importância destacar as referências aos diversos nomes pejorativos citados por parte dos entrevistados em ambiente hospitalar, sobretudo, em cidades interioranas. Três dos nomes mais comuns foram “aborteiro”, “fazedor de anjo” e “açougueiro”. A noção de “fazedor de anjo” parece ser produto de um deslocamento histórico. Até o século XIX, a morte de bebês e recém-nascidos era vigorosamente comum, tornando a crença segundo a qual crianças se transformavam em anjos um recurso para suportar a dor da perda (Priore, 2004). Nesse contexto, as “fazedoras de anjos”¹³ eram as parteiras e curiosas que induziam o aborto até pelo menos a legislação penal se modificar e o corpo médico tomar o espaço dessas mulheres (Priore, 2011). A terceira definição, “açougueiro”, parece ser uma variação de “aborteiro”, dando ênfase à dimensão carnal do aborto e principalmente ao sangue.

Já o termo “aborteiro”, por sua vez, o mais comum, também foi identificado em outros estudos (Madeiro & Diniz, 2015; Dios, 2016; Costa, 2018; Diniz, Madeiro & Rosas, 2014; Soares 2003; Lolato & Lisboa, 2013). A ideia de aborteiro remete diretamente ao sujeito, não necessariamente médico ou profissional, cujo ofício é realizar aborto em condições “sujas” e

¹³ Esse é também o nome da pintura em tela “A fazedora de Anjos” do pintor gaúcho Pedro Weingartner, feita em 1908. A obra retrata, em três cenas, a realidade de mulheres daquela época e das “fazedoras de anjo”.

insalubres, preocupando-se mercenariamente com o dinheiro ao invés da assistência. Logo, num ambiente intra-hospitalar, o termo “aborteiro” é desferido por um outro grupo cujos valores, crenças e representações reprovam a prática do aborto e diferem-no do “grupo abortista”, abolindo e expurgando o aborto do campo de registro médico.

Alguns entrevistados também demonstraram desconforto quanto à existência de discriminação por parte de colegas e da sociedade e à possibilidade de serem tachados com algum termo depreciativo. Em particular, o receio de ser rotulado como “aborteiro” ou algum outro nome que evidencie discriminação por parte dos colegas compõe um dos motivos para se recusar a realizar o procedimento através da declaração de objeção de consciência (Madeiro & Diniz, 2015; Soares, 2003; Lolato & Lisboa, 2013). Em relação a essas questões, os participantes evocaram motivos religiosos. Todavia, como identificado no estudo de Osis *et al.* (2013), há um tipo de rede informal que veicula informações acerca de quais são os médicos que aceitam realizar aborto em condições clandestinas, o que configura certo estigma social. Outras situações relatadas não envolviam algum nome, mas, tal como no estudo de Soares (2003), compreendia os olhares de reprovação dos colegas direcionados àqueles que realizavam o aborto e acreditavam na história das mulheres. Nesse caso, eles sentiam que eram vistos como “ingênuos”, que se deixavam enganar ou pessoas “ruins”.

Tal como em outros estudos alguns participantes também revelaram medo de sofrerem alguma acusação por parte da justiça ao interromper uma gravidez que no futuro se revele não resultante de estupro (Loureiro & Vieira, 2003; Diniz, Madeiro & Rosas, 2014). Trata-se, é claro, de um medo injustificado do ponto de vista jurídico, já que o § 1 do art. 20 do Código Penal estabelece como discriminante putativa “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Além disso, nos casos de interrupção da gravidez causada pela violência sexual, há o Termo de Responsabilidade a ser assinado pela vítima que assume a responsabilidade penal por eventuais crimes de Falsidade ideológica e de aborto. Frente a isso, a recusa a realizar o aborto, a objeção de consciência e as práticas de alguns profissionais não devem ser produto casual do desconhecimento quanto aos aspectos jurídicos, como aquele supramencionado. Deve, para além disso, envolver as representações sociais que serão tratadas a seguir.

Representações sociais de aborto

A seguir, na próxima parte deste capítulo, serão identificadas e discutidas as representações sociais de aborto para os sujeitos desta pesquisa. De início, os aspectos que podem determinar a formação das RS serão abordados para, em seguida, discorrer-se sobre os

elementos que caracterizam a construção das teorias de senso comum sobre o aborto e aspectos relevantes que o circundam. Logo após, em nível teórico-conceitual, os processos de formação dessas teorias serão descritos de forma mais detalhada.

Como dito ao longo do trabalho, a formação de RS depende de determinantes específicos, como a *pressão à inferência*. Alguns objetos sociais estimulam a tomada de posição e/ou elaboração de saberes informais que são relevantes para o funcionamento do grupo (Moscovici, 1978; Filho, 1995; Santos & Almeida, 2005). No cotidiano dos(as) ginecologistas/obstetras investigados, nem todos os tipos de aborto exercem esse tipo de pressão. Na realidade, a intensidade da *pressão à inferência* parece variar segundo a etiologia do aborto, seu *potencial polemizável* e a *nobreza* de sua motivação, segundo a percepção dos próprios entrevistados. A Figura 1 cruza esses critérios, cada qual disposto num eixo do plano cartesiano, sendo que quanto mais próximo da origem (0,0) maior a *pressão à inferência*.

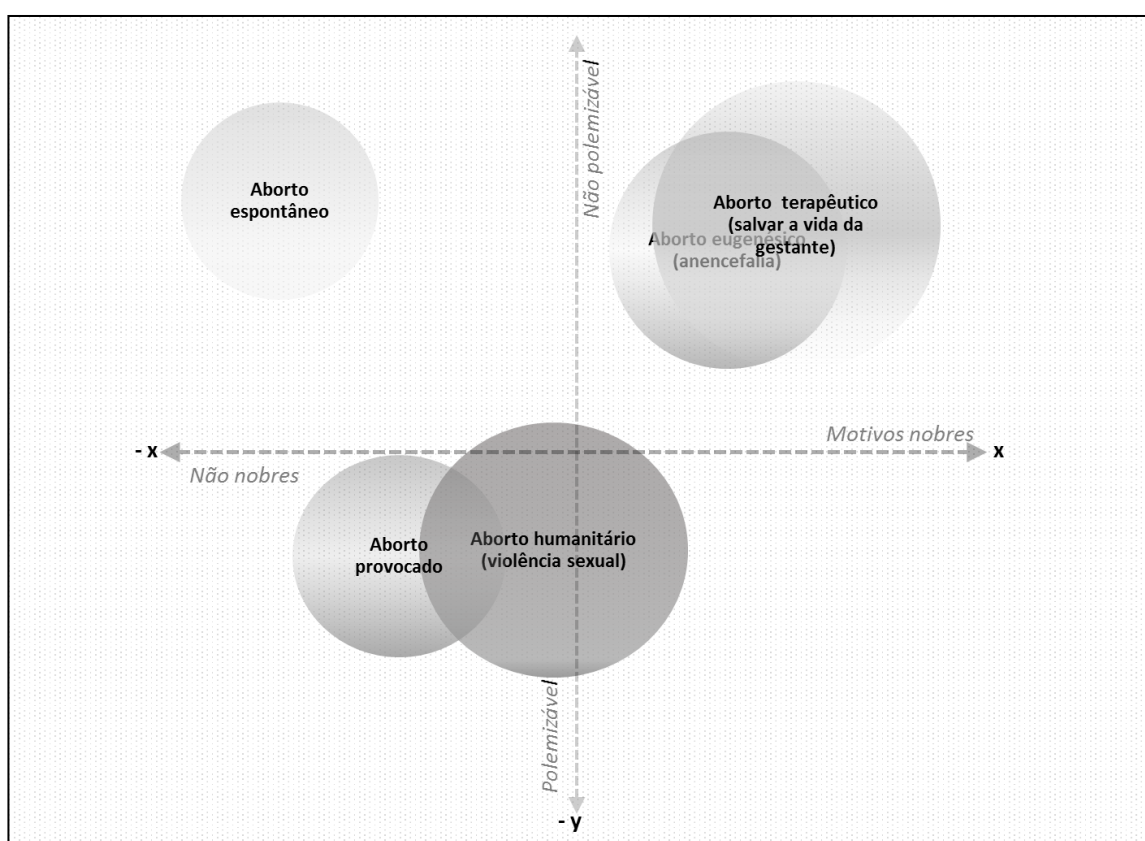


Figura 1. Tipologia/etiologia/motivação do aborto e pressão à inferência

Como se pode observar na Figura 1, o aborto espontâneo (nem nobre e nem polemizável), aborto terapêutico e aborto eugenésico (mais nobre e menos polemizável) exercem menor *pressão à inferência*. O aborto espontâneo foi referido como “*meio que banalizado [...] pela equipe médica*” (Marisol). Da mesma forma o aborto terapêutico e eugenésico também não exercem potenciais dúvidas e nem deixam “*todo mundo loco*” (Marisol). Foi ressaltado que “*quando é risco de vida e anencefalia, ninguém tem dúvida de*

interromper uma gravidez porque é por um motivo nobre” (Monalisa). Provavelmente, o aborto resultante de malformação fetal incompatível com a vida (como, por exemplo, a anencefalia) é mais aceito pelos(as) médicos(as) por não envolver a possibilidade de vida e, conseqüentemente, não comprometer o princípio tomado por muitos(as) médicos(as) de “*salvar vidas*” (Margarida). Até porque, o entendimento médico compartilhado nos casos de anencefalia, por exemplo, é o de que não há possibilidade de vida, o feto é considerado natimorto e, por isso, o termo mais apropriado é antecipação terapêutica do parto, conforme a ADPF-54. No aborto no qual “*a mãe está correndo risco de vida*”, não há “*drama de consciência nenhuma*”, embora o feto seja sacrificado para manter a vida da gestante: “*aquilo é o que tem que ser feito [...] senão os dois morrem*” (Mabel). Por conseguinte, ainda é possível salvar uma vida que, no futuro, poderá gerar outras de maneira segura.

Nos casos de interrupção da gestação derivada de estupro (aborto humanitário) e no aborto induzido pela própria gestante, isso não ocorre, como demonstra a Figura 1. Tal como ressaltado pelos sujeitos deste estudo, esses dois tipos de aborto são menos nobres e potencialmente polemizáveis. No primeiro caso, podem haver dúvidas e desconfianças sobre o relato das vítimas de violência sexual, caracterizando sua narrativa como “*mentira*” (Mabel) ou “*farsa*” contada com o objetivo de “*burlar a lei*” (Marisol). Por isso, “[...] *todo mundo quer perguntar, todo mundo quer saber*” (Marisol). Igualmente, no segundo caso (abortos induzidos), há indisfarçável curiosidade esboçada por parte dos ginecologistas/obstetras em identificá-lo através de perguntas que eles próprios reconhecem como desnecessárias e, por isso, alegam as fazer com certa “*delicadeza*” (Morgana). Além disso, esse tipo de aborto pode ser induzido pela própria mulher, ou por um “*aborteiro*”, em situação de ilegalidade. Enquanto os motivos propriamente femininos para realizar o aborto não são reconhecidos pela legislação brasileira, as motivações exclusivamente mercenárias dos chamados “*aborteiros*”, são rechaçadas pelos médicos(as) profissionais. Assim, a interrupção da gestação derivada de estupro (aborto humanitário) e o aborto induzido são menos nobres e potencialmente polemizáveis.

Por essa razão, pelo menos para o grupo de médicos(as), não há evidências que reforcem a existência de mais de uma RS variando segundo a etiologia do aborto. Há, pelo contrário, um ponto em comum entre a etiologia do abortamento e a *maior pressão à inferência*: a maior ou a menor proximidade da agência médica ou da agência feminina. Na perspectiva de gênero, a agência compreende a capacidade humana de ação socioculturalmente mediada, no caso das mulheres, suas subjetividades, capacidades individuais de sentir, refletir e agir no plano das relações sociais e contexto histórico circundante à suas vidas (Malmström, 2012; Ahearn, 2001; Biroli, 2012). Portanto, quanto

mais próximo do campo biomédico – e de seus valores – e da autonomia e decisão médica, mais nobre, menos polêmico/problemático e mais aceitável é o aborto; quanto mais próximo da autonomia feminina e sua capacidade de decisão, menos nobre, mais polêmico/problemático e mais difícil de ser aceito e feito. Foi recorrentemente relatado e observado pelos entrevistados que o aborto provocado e principalmente o aborto humanitário mobilizam médicos(as) e demais membros da equipe, geram questionamento, dúvida, conflitos, e sentimentos ambíguos, “medo”, “raiva”, “indignação”, dentre outros. Especificamente no caso de estupro, houve até queixas sobre a mulher acabar contando a mesma história repetidas vezes. E, nos casos de aborto provocado, uma parcela significativa perguntava à paciente sobre a etiologia do aborto, ainda que esse dado seja geralmente irrelevante do ponto de vista clínico.

Um último e não menos importante aspecto pode ser observado na Figura 1. Trata-se do cruzamento do aborto humanitário com os quatro eixos do plano. Isso denuncia a tipologia das representações sociais de aborto predominantemente encontradas aqui: RS polêmicas. Como explica Vala (2004), as RS polêmicas “[...] são geradas no decurso dos conflitos sociais, são determinadas pelas relações antagonistas ou de diferenciação entre grupos sociais e refletem pontos de vista exclusivos sobre um mesmo objeto” (p. 463). Por conseguinte, perceber o aborto como mais ou menos nobre conforme sua etiologia e justificativa é um fator extrínseco ao aborto e mantém relação com a diversidade das RS no grupo estudado e com o contexto no qual o(a) médico(a) trabalha. Ocorre que a experiência no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual pode possibilitar mudanças nos valores e a ressignificação da prática médica, podendo transformar a resistência, o medo e o distanciamento em solidariedade e compromisso (Soares, 2003). Porém, isso não se dá sem fortes conflitos, contradições e tensões entre as crenças, valores e RS e práticas profissionais (Mortari, Martini & Vargas, 2012).

A seguir, esses aspectos serão mais detalhadamente discutidos. Em suma, os resultados encontrados oferecem dois eixos que comportam elementos representacionais aparentemente distintos identificados nas falas dos entrevistados que podem sinalizar a existência de pelos menos dois grupos diferentes, compartilhando teorias contrárias sobre o mesmo objeto.

Elaborando “teorias” sobre o aborto: eixos interpretativos

Através do relato dos sujeitos entrevistados, foi possível perceber a forte presença do (pós) aborto em seu cotidiano de trabalho. Embora esse fosse um assunto recorrente entre

os(as) médicos(as) participantes, permitindo a caracterização de um grupo de especialistas (ginecologistas/obstetras), as perspectivas e formas de olhar e conceber o aborto apresentaram variações. De modo geral, puderam-se identificar, através das falas dos participantes deste estudo, dois eixos interpretativos, cada qual com elementos distintos, os quais oferecem formas divergentes de definir e explicar o aborto, ou seja, demonstram a presença de teorias distintas, por sua vez, elaboradas por sujeitos que podem estar inseridos em muitos outros grupos sociais para além da categoria de profissional de saúde ou ginecologista/obstetra, construindo, assim, conhecimentos diferentes sobre um objeto em comum.

No primeiro eixo identificado, impera uma imagem partilhada entre muitos profissionais: o *Direito*. Mas, não se trata de uma noção formal cívico-jurídica de *direito*. A definição compartilhada entre uma parte dos entrevistados não é de um direito no sentido positivo, principalmente porque tacitamente essa ideia se antecipa à própria realidade jurídica sobre o aborto vigente no Brasil: “[...] *infelizmente, é um direito... deveria ser, né, um direito dela, e que infelizmente ela ainda não... não tem essa opção*” (Magnólia). Essa definição implica numa dimensão temporal confusa na qual o aborto é “*aquele direito que a lei já garante*” (Malcom), é um “*direito dela [da mulher]*” (Martina) mesmo realizado clandestinamente e é também um direito que pode ser dado às mulheres se uma “*discussão*” for “*feita*” (Malvino). O termo direito, comumente acompanhado pela palavra “*decisão*”, “*opção*”, “*corpo*” ou “*outro*”, tem o estatuto de fronteira e funciona como uma demarcação entre o “eu” e o “outro”, entre o público e o privado.

No centro dessa demarcação, se encontra a mulher enquanto indivíduo e sujeito moral autônomo. Como “*o corpo é dela, o filho é dela, cabe a ela decidir*” (Mathias), sendo que “*religião nenhuma tem que meter o bedelho nisso e nem o Estado*” (Mathias). Logo, é a mulher quem “*sabe o que quer do corpo dela*” (Morgana). Sendo assim, ela naturalmente tem o direito de decidir sobre o que fazer com seu próprio corpo, ainda que isso acabe lhe prejudicando de alguma forma, pois, como alguns entrevistados ponderaram, “*o que às vezes é bom pra ela, pode não ser bom pra mim, ou uma coisa que é bom pra mim, não quer dizer que vai ser uma coisa boa pra ela*” (Milton). Isso implica no fato de que, ao ultrapassar certas fronteiras, tentando definir as escolhas alheias, corre-se o risco de prejudicar terceiros. Por essa razão o feto, aqui, não é visto como “*pessoa*”: “[...] *ai vêm os pró-vidas e fala: ‘não, mas porque essa criança, esse cidadão’. Que cidadão?! Não tem cidadão aí ainda [...]* esse germe de pessoa não é uma pessoa” (Monalisa). A noção de pessoa não é intrínseca e nem natural, mas sim social, a “*pessoa tem que ser formada*” e quem faz isso é “*a mulher, a família*”, o “*olhar das pessoas pra ele*” e o “*amor que vai sendo gerado*” (Monalisa).

Portanto, o feto/embrião é considerado “*idealização de pessoa*” e, enquanto tal, não adentra na categoria de vítima.

A mulher, por outro lado, é que está inserida tanto na categoria de pessoa quanto na de vítima. Primeiramente, ela é uma vítima da “*sociedade*”, sobretudo “*machista*”, que hipocritamente “*pune as mulheres pela sexualidade*” (Monalisa) e mantém leis que podem gerar “*uma estratificação social*” “*inferiorizada da mulher*”, na qual “*fazer aborto e ser prostituta é basicamente a mesma coisa na visão social*” (Malvino). Ao manter essas leis, que na prática não funcionam, tendo em vista a situação de “*clandestinidade*” para a qual o aborto é lançado, a sociedade e as pessoas são mergulhadas numa “*hipocrisia total*” (Marcondes). Segundamente, porque o Estado, ao não oferecer um “*planejamento familiar*” adequado às pessoas, faz com que as mulheres fiquem “*vulneráveis a uma gravidez*” (Malcom) não planejada e/ou indesejada. Ao não permitir que o aborto seja realizado em outras hipóteses além das três possíveis, cria-se um contexto que estimula as mulheres a procurarem “*os meios p[ar]a interromper a gravidez por ela mesma, já que o Estado não dá suporte*” (Monalisa). Adicionalmente, são as mulheres que não têm “*condições socioeconômicas*” (Magno) para acessar os métodos mais seguros que se expõe a riscos maiores ou “*morrem*” (Magno). Por conseguinte, emerge um “*problema de saúde pública*” (Malvino) frente ao qual a maneira de tratá-lo deveria ser “*a forma da saúde e do cuidado*” (Monalisa). Dentro dessa lógica, o aborto aparece como alternativa para reduzir a “*mortalidade materna*” (Malvino), minimizar o sofrimento das mulheres e (r)estabelecer seu bem-estar: “*se o não sofrimento dela ou a diminuição do sofrimento dela vai ser fazendo o aborto, eu sou a favor de fazer*” (Morgana). Por ter esse tipo de efeito na “*saúde*” das mulheres, é que o aborto é visualizado como um procedimento “*factível*” (Magali), isto é, uma forma de assistência e ajuda à mulher que se encontra numa situação que “*não compete*” a ninguém “*julgar*” (Moacir).

Dentro desse sistema, a mulher é quem deve escolher o momento ideal para engravidar e ser mãe. Assim, dependendo dos desejos e planos femininos, a gravidez pode representar um “*sofrimento*”. Embora a mulher seja considerada como indivíduo autônomo e soberano a quem deve ser dado controle e “*direito ao corpo*” (Marvin), sendo protagonista de sua vida, também se admite que a gravidez pode acontecer à revelia da agência feminina. Seja pela “*hipocrisia*” da sociedade, pela falta de políticas do “*Estado*”, porque o método contraceptivo “*falhou*” (Malvino) – “*nenhum método contraceptivo é 100% seguro*” (Martina) – ou a mulher “*se arrependeu daquela gravidez*” (Malvino), ela não deve “*ser obrigada a ser mãe*” (Malvino). Considera-se também que essa gravidez pode aparecer num momento no qual não é “*possível*” e para a qual a mulher não está “*preparada*” (Matilde). Daí as principais causas do aborto: “*gravidez não planejada*” (Milton) e/ou “*indesejada*”

(Martina). Seja por “*questões financeiras*” (Monalisa), “*condições socioeconômicas*” (Marvin), por estar “*sozinha*” ou abandonada pelo parceiro, por já ter “*mais filhos*”, pelo “*medo*” da “*família*” e dos “*pais*”, pode-se chegar à conclusão de que não há “*condição nenhuma de cuidar*”, o que leva a mulher a “*procurar um aborto inseguro mesmo*” (Magnólia). Em suma, a maioria dos entrevistados, nesse eixo interpretativo, posicionava-se favoravelmente à legalização do aborto, porém ponderava que ele deve ser empregado como “*alternativa pra uma gravidez indesejada quando se estava se cuidando*” (Mabel). Segundo os entrevistados, ninguém deve “*praticar sexo sem proteção a torto e direita*” (Martina) e, cada vez que “*vier*” uma gravidez, fazem um “*aborto*”.

Já no segundo eixo, percebe-se outro sistema teórico compartilhado por outros participantes, que é integrado por elementos distintos que orbitam em torno da imagem da morte. Mas, não se trata da morte natural no sentido biológico ou “*fisiológico*” (Mabel), e sim algo “*meio antinatural*” (Milton), em outras palavras, um “*assassinato*”. Evidentemente, essa não é uma noção técnico-jurídica. Até porque, desde o Código Penal brasileiro de 1890, ao contrário de outras legislações alienígenas que utilizavam o termo assassinato para classificar os casos mais graves e homicídio, os mais leves, adotou-se a terminologia homicídio para definir crime de matar alguém (Bitencourt, 2003). Além disso, “*assassinato*” e “*assassinio*” são termos de uso corriqueiro e, ao contrário do homicídio, sempre é doloso (Riedel, 2017).

Por isso, entre alguns colegas, os médicos que fazem aborto são vistos como “*peessoas ruins*” que estão “*cometendo*” um “*crime*”, “*matando o feto*” (Monalisa). O feto, por sua vez, é considerado “*um indivíduo*” e não “*uma obra de uma pessoa*”, “*sem um óvulo*” e “*um espermatozoide, ninguém consegue fazer um feto*” (Mabel). Ele está “*ali crescendo*” e não teve o direito de “*escolher para querer ou não tá ali*” (Milton). Portanto, quando se opta pelo aborto, terceiros estão “*tomando a decisão por ele*” (Milton). É importante frisar que, assim como a noção de morte, a noção de vida dos participantes deste estudo não é nem rigorosamente biológica e nem jurídica. Inspirados em visões religiosas, alguns entrevistados consideram a vida também como “*desígnio de Deus*” (Milton). É Deus quem escreve os acontecimentos na vida das pessoas, mesmo se o aborto estiver incluído dentro desses acontecimentos, dentro da perspectiva religiosa será “*um ser que não conseguiu ser gerado*” (Marisol).

Por se tratar de um assassinato, o aborto é referido como “*muito dramático*” (Mabel), “*um desconforto*” ou algo “*triste*” (Marisol) e “*cruel*” (Miguel), pois comporta uma cena na qual o(a) médico(a) que realiza o aborto pratica um “*assassinato*” ao “*neném*” e uma “*agressão*” “*ao corpo da mulher, porque está ‘rancando’(sic) o neném dali*” (Mabel). Trata-

se de um ato violento, uma “agressão” e, por isso, deixa “sequelas” (Milton), “marcas” (Margarida), “cicatrices” (Milton) e “traumas” (Margarida). Realizar um aborto é um divisor de águas na vida das mulheres. Ele “marca” e, ao mesmo tempo, se torna um “marco”, “o que marca sempre é o aborto pra frente” (Margarida). Ocorre que, “desde criança”, a mulher é “criada pra ter um filho”, para “gerar” (Milton). Ao se desviar desse propósito, por intermédio do aborto, consequências misteriosas podem ocorrer, como a “infertilidade de causa inaparente” (Milton) que, pode ter a ver com o “hipotálamo” e “o sistema límbico”. Para esses casos, a medicina pode não ser tão eficaz quanto adotar uma criança, pois pode acontecer que “logo depois” que a mulher “adota uma criança, ela engravida” (Milton). Assim, ao realizar o aborto, o(a) ginecologista/obstetra se desvia do propósito de sua formação – “trazer vida” e “evitar danos” (Mabel) –, desvirtuando também a mulher do destino materno para o qual foi criada. Adicionalmente, o ato do aborto contamina o profissional, isto é, “empurra” o(a) médico(a) para “o buraco” e o faz “sujar as mãos” (Mabel). Na cena do aborto, o médico deixa de ser protagonista – “salvador de vidas” – e se torna o vilão – um assassino cuja vítima é o “bebê” (Mabel).

Quando, por outro lado, é a mulher que provoca o aborto ou o sofre em decorrência de uma gravidez derivada de violência sexual, ela ocupa lugares simultâneos na interação médico/paciente. Nas situações de aborto induzido, a mulher é, ao mesmo tempo, “a agressora, a vítima e a paciente” (Mabel). Além de assassinar o feto, ao praticar o aborto, a mulher se torna vítima de seu próprio comportamento, sobretudo sexual. Isso se deve ao fato de as causas do aborto serem a “inconsequência”, a “ilusão do ‘ah, eu posso que comigo não vai pegar’” (Mabel), a “falta de educação” (Marvin), a “ignorância” (Morgana), o “desconhecimento” (Magnólia) e uma falta de “planejamento” (Melina) e “previdência” (Mabel). Trata-se de um estilo de vivência sexual e afetiva desatinado e improvisado, no qual a gravidez decorre de “um momento impensado” (Malvino). As relações afetivo-sexuais são vivenciadas de forma negligente, de modo que, “no calor da hora”, a mulher ou a adolescente “não pensa em nada” (Mabel), se entregando a uma “relação momentânea” (Marisol) e sem “vínculo afetivo” (Melina) com um “acompanhan[te]” ou “parceiro” que “nem conhecem” (Marisol); ou, em alguns casos, vivendo uma “relação extraconjugal” (Morgana) que requer o encobrimento de eventuais gravidezes através do aborto.

Essa tríade de papéis – agressora, vítima e paciente – não muda muito nos casos de violência sexual. Nessas circunstâncias, pode pairar a suspeita de que a mulher está mentindo ao contar uma história que ela mesma “inventou” para tentar “burlar a lei” (Marisol). Afinal, a “mulher não é uma pessoa confiável”, foi “Eva que seduziu Adão” (Monalisa), logo, nos casos de estupro, os entrevistados observam que alguns colegas desconfiam que “a mulher

facilitou” (Monalisa), porque usou “*roupa curta*” (Monalisa) ou estava “*alcoholizada*” (Morgana), por exemplo. Ademais, a mulher é vista como alguém cujo “*querer*” é “*muito momentâneo*” (Milton). A própria gravidez pode fragilizar e comprometer a sua capacidade feminina de tomar decisões.

Eixo *Decisão/Direito*

A partir das falas de uma parte dos(as) ginecologistas/obstetras foram percebidos diversos elementos representacionais que possibilitaram a identificação de uma RS de aborto cuja ideia principal é a de *Decisão/Direito*.

Os entrevistados achavam que o Estado não deveria interferir nas decisões privadas – “foro íntimo” – das mulheres. A RS *Decisão/Direito* é ancorada em elementos que são compatíveis com o campo simbólico e semântico de grupos pró-escolha. Essencialmente essa RS emerge de valores considerados básicos, como a ideologia liberal (Vala, 2004; Sagan, 1998). Na tradição liberal é que se sustenta as noções de liberdade e de autonomia individual no plano de um projeto de modernidade ocidental democrática que se articula com outros princípios, como o secularismo ou laicidade e eleva a pessoa como sujeito moral e autônomo (Biroli, 2014; Luna, 2010). Bastante próximo a essa concepção, os entrevistados evocavam um conhecido emblema dos movimentos feministas: “o direito ao corpo”. O aborto é uma das principais pautas dos movimentos feministas, que vêem na criminalização da prática uma limitação no controle sobre o próprio corpo com a qual os homens não sofrem (Vieira-Junior, 2014; Miguel, 2012). No Brasil, a expressão “direito ao corpo” remonta à década de 1970, na qual os referidos movimentos fundamentados no princípio do direito individual, usavam como estratégia a substituição da demanda explícita pelo aborto por fórmulas genéricas a fim de contornar eventuais dificuldades e resistências à pauta (Scavone, 2008).

Muitos entrevistados enquadram o aborto também como uma questão de saúde pública, afetando a saúde feminina física e psicossocialmente. Nas últimas décadas, taticamente os defensores da legalização do aborto tem dado mais ênfase à questões mais amplas como a saúde pública (Miguel, 2012; Miguel, Biroli e Mariano, 2017). É aqui que entra uma visão eudemônica que prioriza o não sofrimento das mulheres, sua qualidade de vida e bem-estar. Para reduzir o sofrimento e alcançar o bem-estar, o aborto pode ser necessário. Há, por fim, um relativismo que se faz notar tanto na avaliação das decisões pessoais e profissionais do(a) médico(a) e das mulheres/pacientes, quanto no estatuto do feto. Aqui, a visão de pessoa é positiva, isto é, decorre da esfera da cultura e das leis de uma

determinada sociedade. Logo, assim como em outros estudos, a narrativa e foco na mulher e em seu sofrimento prevalecem sobre o feto/embrião (Luna, 2010; 2013).

Através do amálgama decisão/direito, o aborto é objetivado, se transforma em algo familiar e (re)arranja a realidade dos(as) ginecologistas/obstetras. Tal amálgama decorre de uma relação simultânea de divisão e complementariedade. Para o grupo tratado, decisão parece ser aquilo que o aborto é quando se encontra na esfera privada e o direito¹⁴ é aquilo que ele se torna quando aparece no âmbito público – principalmente nos serviços de saúde. Por serem categorias relativamente abstratas, as palavras “decisão” e “direito” se mostram eficazes na tarefa de domesticar o aborto, esvaindo-o de sua dimensão carnal e tornando-o, para o campo médico, um “*procedimento médico comum*” (Malvino) e “*uma condição médica como qualquer outra*” (Marcelino). Diferentemente dos grupos pró-vida, que usam diversas imagens do feto, da violência e do sangue para ilustrar o aborto, nos movimentos pró-escolha a escassez de imagens é característica (Luna, 2013). A narrativa pró-escolha privilegia a narração da vítima como se fizesse um apelo para que as mulheres construam sua própria imagem e preencham o vazio ocasionado por uma ruptura com aquelas imagens e narrativas que foram construídas por homens e instituições patriarcais as quais enxergam mais a mãe do que a mulher.

Enquanto uma teoria do senso comum, a RS *Decisão/Direito* cumpre algumas funções para o grupo que a subscreve e compartilha (Figura 2). Epistemicamente, a referida RS opera uma cisão entre o público e o privado. O aborto é visto como decisão que acontece num dos espaços mais íntimos e privados, isto é, na “*consciência*”. É na consciência da mulher que opta pelo aborto que se encontram Deus e/ou valores pessoais e religiosos com os quais ela tem que lidar. “[...] *é a consciência dela é que deve pesar, no sentido assim: ‘Meu Deus, será que eu tô tomando a decisão certa? Será que é isso que eu devo fazer?’ [...] pra mim é uma decisão dela*” (Martina). Ainda como saber, perceber o aborto como “procedimento médico normal” para reduzir o sofrimento da paciente ou assegurar-lhe um direito, parece se articular com os modos de sentir dos(as) médicos(as) ao realizá-lo. O aborto é sentido como um procedimento “*tranquilo*” (Magali) e “*confortável*” (Magnólia). Em termos identitários, os padrões médico-jurídicos de segurança e assepsia reforçam a identidade do médico que faz o aborto como um profissional “*preocupado*” com “*a questão assistencial*” (Marcelino); um médico limpo e higiênico que tem legitimidade legal e profissional para realizar o aborto, diferentemente dos “*aborteiros*”.

¹⁴ Como já dito nas seções anteriores, “direito” aqui não é necessariamente uma categoria jurídica. O aborto é visto como direito mesmo quando feito ilegalmente pelas mulheres. Alguns entrevistados adotam uma postura *laissez faire* semelhante àquela do Código Penal de 1830 que deixava a critério da mulher a decisão de se expor aos perigos do aborto, intervindo apenas quando o caso ganhava contornos públicos (Castelbajac, 2010).

Muitos profissionais também informaram que não tinham dificuldade de aceitar as pacientes, nem de acolhê-las, orientá-las e prestar cuidados, porque viam o aborto como decisão/direito. Portanto, essa RS esteve mais associada com as práticas de suporte técnico e emocional oferecido às vítimas e às tentativas de afastar os julgamentos em prol da assistência à saúde. A RS de aborto enquanto *Direito/Decisão* justificava ainda as posições favoráveis à ampliação da legislação sobre o aborto e a redução da intervenção do Estado, de vieses e interesses outros que não aqueles oportunos à autonomia das mulheres sobre o próprio corpo.

A partir de tudo que foi dito até aqui, a Figura 2 apresenta uma proposta de sistematização dessa RS e de sua elaboração. Há ainda uma breve descrição de funções que a RS parece desempenhar para o grupo de profissionais que compartilhavam da visão do aborto enquanto decisão/direito.

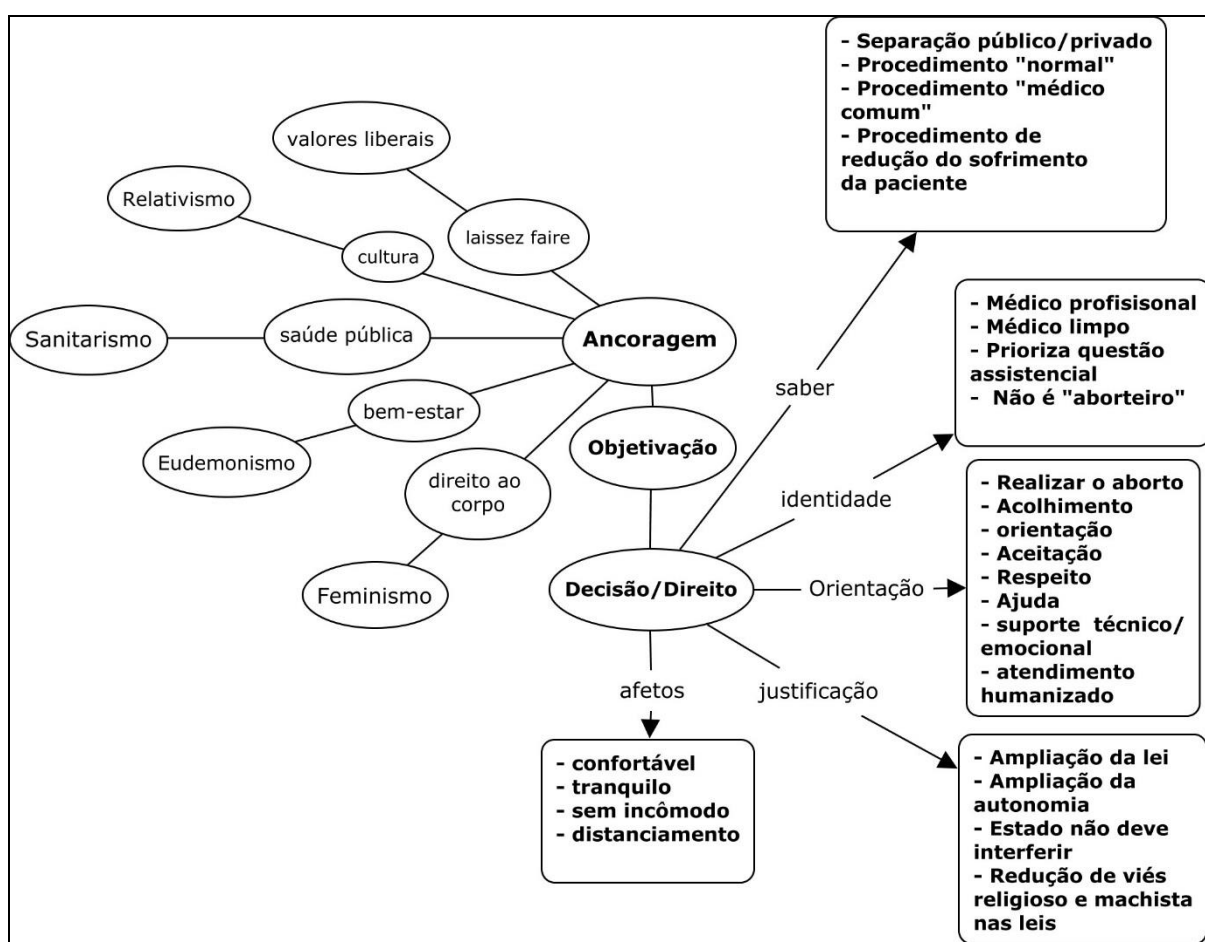


Figura 2. RS de aborto (Decisão/Direito) e funções

Para os participantes que compartilhavam da RS acima foi percebido um esforço maior na construção da mulher enquanto “vítima” tanto nas situações de aborto clandestino, quanto nos casos de violência sexual. Os efeitos práticos dessa construção permeavam a concessão do direito ao aborto humanitário ainda que os(as) profissionais tivessem dúvidas ou desconfiassem da história relatada pela mulher, como visto também por Soares (2003). Desde que o ultrassom apontasse a compatibilidade entre a história e a idade gestacional, as dúvidas

e desconfianças eram relevadas em prol da redução do eventual sofrimento de levar adiante uma gravidez indesejada ou deslocadas para a paciente, deixando ao encargo de sua própria consciência a tarefa de refletir, caso estivesse mentindo sobre o acontecimento do estupro e sua ligação com a gravidez. Logo, as dúvidas são resolvidas em favor da mulher e a maternidade é percebida como algo que pode ocasionar algum sofrimento à mulher, sobretudo, quando a gravidez é não planejada e/ou indesejada.

Pelo menos duas razões podem auxiliar na compreensão dos modos de pensar, sentir e agir daqueles que compartilhavam de alguma forma a RS *Decisão/Direito*. Ambas as razões envolvem a ancoragem dessa RS: 1) a ancoragem num quadro de referência próximo ao grupo pró-escolha; e 2) o tipo de ancoragem no objeto. Entre os movimentos pró-escolha, toda a narrativa oral e visual circunda a mulher, sua experiência e sofrimento (Luna, 2013). A mulher enquanto sujeito moral autônomo dotado de agência prevalece sobre a maternidade e o feto/embrião. Essa, é claro, não é a visão majoritária na sociedade brasileira na qual persiste grande desigualdade de gênero refletida em segregação ocupacional, discriminação salarial (ganham $\frac{3}{4}$ do que os homens ganham), dupla jornada de trabalho, sub-representação nas esferas públicas e violência de gênero (Brasil, 2018; Alves & Cavenaghi, 2017). O Estado e a sociedade regida por normas desfavoravelmente desiguais aparecem como agentes que agravam o sofrimento feminino (Luna, 2013). São esses os agentes que podem ser responsáveis pelas marcas deixadas no corpo feminino pelo aborto clandestino ou pela violência. Por conseguinte, a noção de vítima se torna necessária no mundo ocidental para conceder reconhecimento e inteligibilidade ao sofrimento, conferindo legitimidade moral às reivindicações de grupos sociais quanto a direitos civis e políticos (Sarti, 2011).

Sobre a ancoragem no objeto, ela está relacionada com o uso da expressão “eu” (Moscovici, 1992). Nesse caso, o ato de julgar está ancorado na evidência disponível à pessoa cuja atitude é a de um observador¹⁵. Muitos profissionais relutavam em fazer inferência sobre o que se passava internamente na mente das mulheres que faziam o aborto ou daquelas que relatavam terem engravidado após serem estupradas. Eles se concentravam nas evidências externas das quais dispunham e o estilo de raciocínio era mais indutivo. Ocorre que “[...] a ancoragem no objeto gera uma distância de nossas próprias hipóteses e do veredicto que nosso julgamento alcança” (Moscovici, 1992, p. 776).

¹⁵ Como ressalta Moscovici (1992) essa atitude é considerada socialmente normal e exemplar.

Eixo *Assassinato*

Em menor frequência uma outra parte dos entrevistados exibia outra RS de aborto construída a partir de elementos opostos àqueles compartilhados pelo outro grupo.

O quadro referencial no qual a RS *Assassinato* é ancorado não foge à regra em termos de RS polêmicas. Todos os elementos desse quadro de ancoragem são compatíveis com a narrativa dos movimentos pró-vida que atuam no debate público sobre o aborto em favor de sua criminalização. Novamente trata-se de uma RS da qual um dos pontos de ancoragem é um valor considerado básico e inquestionável: a vida (Vala, 2004; Sagan, 1998). Aqui a noção de vida é central e desliza entre o campo científico e o religioso (Luna, 2010). Há o postulado de que a vida se inicia a partir da fecundação do óvulo pelo espermatozoide, sendo que o feto/embrião é elevado ao estatuto de “indivíduo”, isto é, de pessoa e, por conseguinte, detém os direitos subordinados à condição de pessoa humana e jurídica, dentre os quais o direito à vida (Kalsing, 2002; Luna, 2010). Isso implica numa visão mais bem definida como heteronomia da vida – o feto/embrião é tido como sujeito moral independente enquanto pessoa (Wiese & Saldanha, 2014). Essa concepção remonta à ideia de personificação do feto e a figura do homúnculo “revelada” pelos microscópios do século XVII e mais tarde resgatada pelo Papa Pio IX (Galeotti, 2007; Laqueur, 2001; Sagan, 1998; Beauvoir, 1949/1970). É, portanto, na versão moderna da natureza e na ciência da vida – a Biologia – que atributos metafísicos, transcendentais e religiosos buscam refúgio (Luna, 2010; 2013; Ribeiro, 2012). Dentro desse quadro, o aborto ganha uma realidade inteligível como algo “antinatural”, não fisiológico, ou seja, um assassinato.

Mas como a biologia, para o grupo entrevistado e para os grupos pró-vida, se mescla com pressupostos religiosos, tem-se aspectos etnocêntricos. A religião na qual a RS *Assassinato* se ancora faz parte da tradição judaico-cristã (Luna, 2013; Almeida & Bandeira, 2013) dentro da qual a vida é um “*designio de Deus*” (Milton). Como a vida se inscreve nos planos divinos, ela é determinada por uma entidade superior. Isso condena as mulheres a se submeterem e a se conformarem com seu papel já determinado por Deus, pela natureza e pela cultura – a maternidade. Essa missão esbarra numa moral ascética judaico-cristã que apresenta uma visão hostil e negativa do corpo, do sexo, do prazer sexual e da própria mulher (Senem & Caramaschi, 2017). O sexo é circunscrito ao casamento e às relações monogâmicas, tendo como finalidade principal ou exclusiva a procriação (Dalmolin, 2012; Biroli, 2014). No atual discurso da Igreja Católica, por exemplo, a crítica ao hedonismo é reforçada pelo individualismo consumista contemporâneo que leva a desvalorização da vida e ao descarte do feto/embrião (Luna, 2010; Biroli, 2014). Essa dimensão apareceu na fala dos participantes:

“[...] o pessoal tá muito materialista! Num tão nem pensando que o que tá lá dentro é uma vida, que o que tá lá dentro não pediu pra nascer, né, e vamos tirar” (Margarida).

Outro importante elemento que firma a ancoragem da RS tratada é a chamada “formação da medicina”. Outros estudos também levantaram esse aspecto, sendo percebido que, além da concepção de preservação da vida fundamentada na tradição cristã, havia outra apoiada na formação médica (Lolato & Lisboa, 2013; Mortari, Martini & Vargas, 2012; Osis *et al.*, 2013). Para alguns médicos (as), as pessoas são educadas para preservar a vida, sendo que a própria formação do médico é vista como reforço a esses conceitos (Osis *et al.*, 2013; Mortari, Martini & Vargas, 2012).

A partir desses elementos o aborto é objetivado e torna-se familiar enquanto um *assassinato*. O feto, e não a mulher, é que é priorizado na RS compartilhada por esse grupo de entrevistados. Várias outras imagens e metáforas são evocadas, o “*drama*” (Mabel), “*interromper uma vida*” (Miguel), “*tirar vida*” (Margarida), “*matar ele*” (Milton), “*ser que não vai ser gerado*” (Marisol), “*agressão ao corpo*” (Mabel). Entre os grupos pró-vida, há maior tendência ao uso de imagens fetais para ilustrar a individualidade do feto/embrião e de pedaços e restos sanguinolentos de abortos para construí-lo enquanto violência e agressão (Luna, 2013; 2014).

Em termos de saber, essa RS opera uma cisão entre natural/antinatural, passando a ver o aborto como uma “coisa não fisiológica”. Para a lei, é um “*crime*”; para o feto, trata-se de um “*assassinato*”; para o(a) médico(a), trata-se de um “*assassinato*” que o faz “*sujar as mãos*” (Mabel); para a mulher é uma agressão que arranca de seu útero o “*neném*” e acaba com sua maternidade, deixando “*marcas*” e “*traumas*”, “*culpa*” e vergonha. No campo afetivo, essa RS relaciona-se com modos de sentir que enfatizam a dificuldade, a dramaticidade, o estresse, a tristeza, a crueldade e o desconforto que envolvem o aborto. Em sua maioria, os(as) médicos(as) que compartilhavam dessa RS não realizavam o aborto, preservando sua identidade enquanto profissionais justos e limpos que salvam vidas. Por conseguinte, parece haver uma relação forte entre essa RS e a objeção de consciência, pois o ato de “colocar o comprimido” na vagina da paciente é como se fosse, de um lado, o meio ou a arma que assassina o feto/embrião. E, por outro lado, torna o médico assassino de mãos sujas – alguém que se desviou dos desígnios da sua “*formação*”. Também nessa RS podem se justificar os posicionamentos contrários à ampliação da legislação sobre o aborto e discordância do prazo de 20 semanas de gestação que a lei garante para a sua interrupção em casos legais. Na visão de alguns entrevistados, esse prazo pode tornar o aborto mais “cruel”.

Considerando todos os aspectos tratados acima, a Figura 3 propõe uma sistematização dessa RS que objetiva o aborto enquanto *Assassinato*, mostrando os principais elementos

identificados que integram o quadro de referência no qual o aborto é ancorado e classificado. Também são apresentadas as implicações e funções dessa RS.

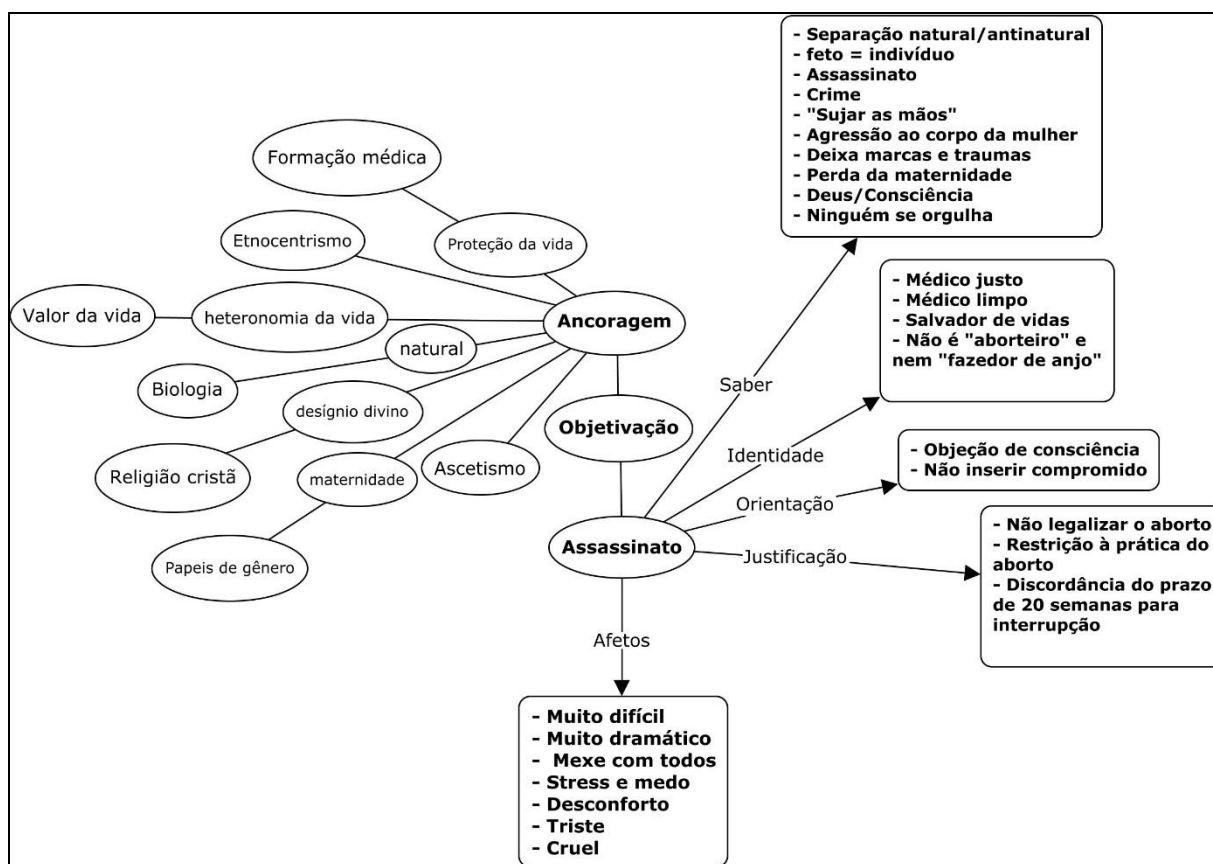


Figura 3.RS de aborto (Assassinato) e funções

Relativamente associada à RS de *Assassinato* acima, um movimento contrário na hora de perceber a mulher/paciente como vítima, era feito por uma parte dos participantes. Alguns dos entrevistados que esboçavam desconfiança sobre o relato das mulheres ou reprovavam moralmente seu comportamento sexual mantinham uma visão conflituosa do corpo feminino. Essa visão parece remontar a aspectos da medicina entre os séculos XVI e XVIII que, juntamente com a Igreja Católica, percebia o corpo feminino “[...] como um palco nebuloso e obscuro no qual Deus e Diabo se digladiavam” (Priore, 2004, p. 66). Para o saber médico dessa época, o corpo feminino detinha fisiologia inerentemente patológica, sobretudo, quando a mulher se entregava aos prazeres voluptuosos e renegava a função materna para a qual seu corpo foi moldado; psiquicamente, a mulher se destacava pela sua fragilidade moral e maior predisposição aos desgovernos sexuais e à dissimulação (Rohden, 2001; Laqueur, 2001). Possivelmente essas concepções podem dificultar o enquadramento da mulher como vítima, colocando-a sob suspeita. A mulher não seria uma vítima de terceiros, mas de si e de seu comportamento sexual inapropriado e inconsequente. É daí que decorre a simultaneidade do lugar de “vítima” e “agressora”. Ao provocar o aborto ou mentir sobre sua natureza ou se portar de forma considerada moralmente inapropriada, a mulher rompe com a simbiose entre

feminilidade/maternidade (Gonzaga & Aras, 2016), agredindo ou sujeitando-se à uma agressão – o aborto – ao seu corpo, que pode lhe trazer profundas marcas. Consequentemente, há culpabilização da mulher (Wiese & Saldanha, 2014).

Ao contrário da outra RS, na RS *Assassinato*, o movimento de ancoragem é feito em direção ao sujeito, isto é, no “mim” (Moscovici, 1992). Aqui, o ato de julgar e de representar está ancorado na hipótese que a pessoa tem, buscando-se identificar condições que a confirme, o que implica na atitude de ator e em maior uso de raciocínios dedutivos. Essas condições devem ser relevantes para os próprios sujeitos, isto é, “[...] a pessoa se sente envolvida no ato de julgar e em seu resultado” (Moscovici, 1992, p. 776). Alguns entrevistados mimetizavam as pacientes, falando como se fossem as mulheres (mesmo quando eram homens) e interpretavam o sofrimento das pacientes como “marcas” que reforçavam suas hipóteses, bem como a de que as mulheres sentiam culpa e vergonha porque eram “criadas” desde a mais tenra idade para serem mães e que o aborto era um “assassinato”.

A despeito disso, tanto para os profissionais que compartilhavam a RS *Decisão/Direito* quanto aqueles que compartilhavam a RS *Assassinato*, é válido destacar que a maioria dos(as) médicos(as) entrevistados(as) apresentavam em comum certa dificuldade de lidar com a agência feminina e com as subjetividades e afetividades que perpassavam o aborto enquanto “condição médica”. Essa dificuldade não necessariamente decorria do aborto, e sim de uma postura médica adotada e compartilhada: “distanciamento necessário”. Vários estudos também observaram atendimento voltado para a técnica e as necessidades físicas da paciente, deixando de lado as opiniões pessoais, o envolvimento e os aspectos emocionais, o que acarretava no sentimento de abandono entre as pacientes (Barbosa, Bobato & Mariutti, 2012; Benute *et al.*, 2012; Mariutti, Almeida & Panobianco, 2007; Silva *et al.*, 2015; Soares *et al.*, 2012; Aquino, 2012; Carneiro, Iriart & Menezes, 2013). Para Darze e Azevêdo (2013) o tema do aborto no currículo médico ainda é limitado aos aspectos clínicos e às competências técnicas. Na presente pesquisa, os(as) profissionais entrevistados(as) compartilhavam de uma visão na qual o envolvimento com a paciente limitava e comprometia a atuação médica e a escolha das “melhores” condutas terapêuticas. Era recomendado um distanciamento duplo – de si e do outro – o que é característico do universo reificado, onde impera a lógica da técnica e da imparcialidade (Moscovici, 2003). Além disso, o envolvimento era percebido como desconhecimento dos limites da medicina, amadorismo e inexperiência típica de médicos(as) jovens impelidos pela ilusão de poderem salvar todas as vidas. Abaixo, Moscovici (1992) oferece uma explicação da racionalidade médica:

[...] O médico obedece às regras de sua ciência e relaciona um caso individual a um grupo populacional e, assim, reduz um caso individual a uma situação geral. Ele ou ela

de forma alguma nega que você, o paciente, está sofrendo, que sua doença faz parte de uma história singular. No entanto, o diagnóstico do médico e seu prognóstico são baseados em critérios impessoais e se aplicam a qualquer paciente. Mas isso não pode satisfazê-lo e, imediatamente, você se pergunta: 'Por que eu?' Por que fiquei doente e não outros?' (p. 771).

Para os entrevistados, essa associação da medicina com a salvação de vidas representava um obstáculo para alguns médicos assumirem a defesa do aborto. Da mesma forma, outros estudos averiguaram o forte vínculo que o profissional de ginecologia e obstetrícia mantém com a vida, sendo que a maternidade figura no imaginário social como local de concepção de vida (Barbosa, Bobato & Mariutti, 2012; Mortari, Martini & Vargas, 2012; Osis *et al.*, 2013; Costa, 2018). Mesmo entre aqueles que realizavam o aborto, a defesa da “boa imagem” do médico era imperativa. Para ambos os grupos, médicos(as) que realizavam o aborto e médicos(as) que objetavam, o “aborteiro” era alguém de fora com o qual eles não se confundiam. Acontece que historicamente a medicina se consolidou e adquiriu prestígio social, sendo confiada à intimidade, aos pudores e à honra feminina graças à sua reputação e ao seu valor social erguidos através de seu processo de construção enquanto uma ciência considerada eficaz. Para isso, foi necessário que o saber médico se distinguisse dos saberes leigos e insalubres praticados pelas matronas, parteiras e curandeiras antes confiadas ao parto e ao aborto (Barreto, 2007; Vázquez, 2008; Lolato & Lisboa, 2013; Gonzaga & Aras, 2016; Rezende, 2009; Galeotti, 2007).

Por fim, da tentativa de manter distanciamento médico ao lidarem com um objeto considerado controverso como o aborto, surgem contradições, ambivalências, tensões e conflitos. Tal como relatado por Diniz, Madeiro e Rosas (2014) e Mortari, Martini e Vargas (2012), a atenção ao abortamento é assinalada pelo conflito e ambiguidade resultante de crenças e valores da esfera do médico individual e do médico institucional que têm o dever de oferecer assistência e cuidados médicos à paciente em casos de aborto. Essas contradições apontam para a hipótese da polifasia cognitiva proposta por Moscovici (2003). Isso implica no fato de que, justamente pela existência de duas representações sociais polêmicas, os sujeitos que participaram da presente pesquisa demonstraram utilizar diversas e contraditórias racionalidades que possibilitavam a ancoragem do aborto. Embora empregadas de maneiras diferentes, essas racionalidades eram acessadas pelos dois grupos que compartilhavam respectivamente as RS *Decisão/Direito* e *Assassinato*.

Considerações finais

Em seus esforços, o presente estudo procurou identificar e analisar as RS de aborto de ginecologistas/obstetras. Tal como em outros contextos sociais como a mídia e o meio acadêmico, o aborto figura no cotidiano dos (as) ginecologistas/obstetras como um objeto cercado por controvérsias, tensões e contradições. Em seu espaço de atuação médicos e médicas elaboram e partilham representações sociais que os auxiliam na tarefa de tornar o aborto um objeto inteligível ancorado em diversas racionalidades que compõe quadros de referência compatíveis com concepções e valores defendidos por grupos que polarizam o debate em várias instâncias da esfera pública, e com as aceções e valores pessoais e da formação médica. Isso permite que diferentes e conflitantes RS sejam construídas por meio da oposição excludente, gerando modos de pensar, sentir e agir distintos, cada qual vinculado a uma das RS de aborto – *Decisão/Direito* e *Assassinato*. No cotidiano desses profissionais, essas RS parecem cumprir diferentes funções, gerando pontos de convergência com suas práticas, sobretudo a aceitação ou objeção de consciência à realização do aborto.

Espera-se que este estudo possa oferecer subsídios para a elaboração de intervenções psicossociais voltadas para a atenção ao abortamento. E que, através dessas ações, possam ser ampliadas as estratégias e negociações entre os (as) médicos(as) e as pacientes para que as concepções e valores particulares de ginecologistas/obstetras não configurem mais um entre tantos outros obstáculos que as mulheres brasileiras enfrentam na jornada pelo direito ao aborto e afirmação de sua autonomia.

Vale ressaltar que os resultados deste estudo não decorrem de acompanhamento ou observações empreendidas no cotidiano dos(as) médicos(as) e das equipes de saúde. Essa poderia ser uma estratégia melhor para compreender as práticas desses profissionais. Além disso, a maioria dos profissionais entrevistados atuava em serviços de aborto legal na capital. Como as RS estão intrinsecamente vinculadas aos grupos e contextos nos quais são geradas e partilhadas, outros profissionais – enfermeiros(as), psicólogos(as) e assistentes sociais – que atuam em outros serviços, sobretudo, em regiões interioranas, podem apresentar outras RS sobre aborto.

Tendo em vista os significativos relatos de discriminação sofrida por médicos(as) que fazem o aborto, futuros estudos podem investigar as implicações do aborto na construção da identidade dos(as) médicos(as) e suas relações de pertença grupal. Também é possível e necessário explorar as contradições enfrentadas por esses profissionais através da polifasia cognitiva. Vários aspectos contraditórios foram percebidos nas falas dos(as) entrevistados(as), gerando conflitos na hora de conciliar os preceitos éticos da profissão de

ginecologista/obstetra com suas visões e crenças pessoais sobre o aborto. Possivelmente esses conflitos desemboquem em dissonância cognitiva que, por sua vez, pode ser abordada conjuntamente com o fenômeno da polifasia cognitiva. Desde que Moscovici propôs o conceito de polifasia cognitiva em sua obra seminal, essa definição vem sendo explorada por diversos estudos, abrindo um horizonte de pesquisa promissor que articula a dissonância e a polifasia cognitiva enquanto estratégias de gerenciamento de contradições, amplamente utilizadas pelas pessoas em seu cotidiano (Jovchelovitch & Priego-Hernández, 2015; Martinez, 2018; Provencher, 2007; Hildering, Consoli & Born, 2012; Panagiotou & Kadianaki, 2018; Falade & Bauer, 2018; Shein, Li & Huang, 2014; Wagner *et al.*, 2000).

Referências

- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ambassade de France – CCC IFAL.
- Adesse, L. *et al.* (2011). Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12):3819-3832
- Adesse, L. *et al.* (2015). Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. *Saúde Debate*, 39 (106): 694-706, doi: 10.1590/0103-1104201510600030011
- Aguiar, J. M. & d'Oliveira, A. F. P. L. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 15(36): 79-91, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
- Aguiar, J. M. d'Oliveira, A. F. P. L & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 29(11):2287-2296: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>
- Ahearn, L. M. (2001). Language and Agency. *Annu. Rev. Anthropol.*, 30:109–37.
- Alba, M. (2014). Representações sociais e memória coletiva: uma releitura (pp. 520-573). In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2014). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Aldana, M. & Schuck, A. (2010). Direitos Reprodutivos: representações sobre aborto entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do Hospital Regional do Oeste, em Chapecó/SC. *Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas*, Londrina, Paraná. Recuperado de [www.uel.br > eventos > gpp > pages > arquivos > 3.MiriamAldana.pdf](http://www.uel.br/~/media/uev/eventos/gpp/pages/arquivos/3.MiriamAldana.pdf)
- Allamel-Raffin, C., Leplège, A. & Junior, L. M. (2011). *História da Medicina*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Almeida, T. M. C. & Bandeira, L. M. (2013). O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. *Cad. Pagu, Brasília*, 18 (41), 371-403
- Aquino, E. L. (2012). *Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.
- Aquino, E. M. L. *et al.* (2012). Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1765-1776.
- Aristóteles. (2010). A política. In: *Coleção Livros que Mudaram o Mundo*. São Paulo: Folha de São Paulo.
- Bacelar, S.; Galvão, C. C. & Tubino E. A. P. (2008). *Expressões médicas – Glossário de dúvidas e dificuldades da linguagem médica*. Brasília, DF.
- Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones Procesualies y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Papers on Social Representations*, 9, 1-15.

- Bandeira, L. M. & Almeida, T. M. C. (2015). Vinte anos da convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. *Estudos Feministas*, 23(2): 501-517.
- Barbosa, Bobato & Mariutti, (2012). Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. *Revista da SPAGESP*, 13(2), 44-55.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. ed. revista e ampliada. São Paulo: Edições 70.
- Barreras, S. B. & Weber, M. H. (2014). A neutralização do debate sobre o aborto o ativismo político-religioso e o silenciamento do governo. *Compós*: 1-21.
- Barreto, M. R. N. (2007). A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Niterói*, 7(2): 219-236.
- Barros, C. M. D. L., Torres, A. R. R. & Pereira, C. R. (2017). Atitudes de estudantes de medicina face ao “mais médicos” revela favorecimento endogrupal. *Psico*, 48(1): 12-20.
- Batista, R. Q. *et al.* (2016). Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 18(2): 79-86.
- Beauvoir, S. (1970). *O segundo sexo: fatos e mitos*. (4. ed.) São Paulo: Difusão Europeia. (Original publicado em 1949)
- Becker, H. S. (1993). *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Benute, G. R. G. *et al.* (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*, 55 (3), 322-327
- Benute, G. R. G. *et al.* (2012). Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 34(2):69-73.
- Beraldo, A., Birchal, T. S. & Mayoga, C. (2017). O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. *Estudos Feministas*, 25(3): 1141-1157, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1141>
- Bertoldi, M. E. *et al.* (2014). Aborto: uma visão legal e biomédica. *JICEX*, 1(1) 1-18.
- Bertoldi, M. E.; Pereira, A. M.; Christiano, C.; Cordeiro, K. S.; Lopes, G. X.; Silva, G. H. S. (2014). Aborto: uma visão legal e biomédica. *JICEX*, 1(1) 1-18.
- Bíblia Sagrada (2015). *A Bíblia Sagrada: contendo o velho e o novo testamento*. Uta, EUA.
- Biroli, F. (2012). Agentes imperfeitas: contribuições do feminismo para a análise da relação entre autonomia, preferências e democracia. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 9: p. 7-38, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522012000300001>.
- Biroli, F. (2014). Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 15: p. 37-68, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220141503>
- Bittencourt, C. R. (2003). *Tratado de Direito Penal Parte Especial (3a ed.)*. Editora Saraiva.
- Bodiou, L. (2017). O filho indesejado: o aborto na Grécia Antiga. *História em Revista*, 8: 1-12.

- Borges, A. L. V. *et al.* (2017). Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 17 (4): 757-764, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>
- Borsari, C. M. G.; Nomura, R. M. Y.; Benute, G. R. G.; Lucia, M. C. S.; Francisco, R. P. V.; & Zugaib, M. (2012). O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *FEMINA*, 40(2) 63-68.
- Brandão, E. R. *et al.* (2016). “Bomba hormonal”: os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32(9): 1-11, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00136615>
- Brandão, E. R. *et al.* (2017). Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. *Horizontes Antropológicos*, 23(47), 131-161: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100005>
- Brasil. (1830). Lei de 16 de dezembro de 1830. Código Criminal do Império do Brazil. Dispões sobre o aborto, artigos:199 e 200.
- Brasil. (1890). Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Código Penal dos Estados Unidos do Brazil. Dispões sobre o aborto, artigos: 300, 301 e 302.
- Brasil. (1940). Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Dispõe sobre o aborto, artigos: 124, 125, 126, 127, 128.
- Brasil. (1984). *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. (1984). *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005a). Portaria Nº 1.508, de 1 de setembro de 2005. Dispõe acerca do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção legal da Gravidez no SUS.
- Brasil. (2009). *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia>
- Brasil. (2011). *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica* (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Mortalidade Materna no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, 43(1): 1-7. Recuperado de <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>

- Carneiro, M. F.; Iriart, J. A. B. & Menezes, G. M. S. (2013). "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 17(45): 405-418.
- Carneiro, M. N. C. (2005). A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX). *Revista da Faculdade de Letras*, 6: 69-98.
- Carvalho, A. A. (2019). Demanda por contracepção no Brasil em 2006: contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10):3879-3888, doi: 10.1590/1413-812320182410.27252017
- Carvalho, J. D. W. Gonçalves, D. P. O. & Carvalho, H. (2013). A legalização do aborto em casos de anencefalia no Brasil. *RIDB*, 2(4): 2791-2830.
- Carvalho, S. M.; Paes, G. O. (2014). As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. *Saúde soc.*, 23(2): 548-557.
- Castelbajac, M. (2010). Aborto legal: elementos sociohistóricos para o estudo do aborto previsto por lei no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, 10(3), 39-72.
- Chaves, J. H. B. *et al.* (2011). O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Clin. Med.* 9(3), 189-94.
- Cielinski, J. (2010). O aborto e a polêmica legalização nos casos de anomalias irreversíveis. *Revista Jurídica*, 14 (28), 77-92.
- Conselho Federal de Medicina. (2013). *Circular CFM N° 46/202013*. Brasília.
- Conselho Federal de Medicina. 2018. Brasil chega a quase meio milhão de médicos, com cada vez mais mulheres e jovens entre os profissionais. Portal CFM. Recuperado de http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27500:2018-03-19-19-09-56&catid=3
- Costa, A. M. (1999). Parte IV - Serviços de saúde: Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin, K., & Costa, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Costa, A. M. (2010). Interrupção da gravidez: uma questão de direitos humanos. *Revista da EMERJ*, 13(50), 191-219.
- Costa, M. (2018). Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública. *Revista Espaço Acadêmico*, 17(200): 1-12. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/36547/21512>
- Cuellar, K. I. P. (2005). *A legalização do aborto os direitos fundamentais* (Dissertação de Mestrado). Centro Universitário FIEO, Osasco, SP.
- Dallari, S. G. (2009). Aborto – Um Problema Ético da Saúde Pública. *Revista Bioética*, 2(1): 1-4. Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/441/324

- Dalmolin, A. R. (2011). *Aborto, igreja católica e movimento feminista nos anos 1980: uma cruzada de valores. Feevale, Estudos históricos*, 1-13
- Dalmolin, A. R. (2012). *O discurso sobre aborto em revistas católicas: Rainha e Família Cristã (1980-1990)*. (Tese de Doutorado). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS.
- Darzê, O. I. S. P. & Azevêdo, B. K. G. (2013). Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 36(1):5-9, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000100003>
- Dias, N. D. *et al.* (2013). Maternidade e casamento: o que pensam as adolescentes?. *Interações*, 9(25): 89-112. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/2853>
- Diniz, D. *et al.* (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*, 22 (2): 291-8, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
- Diniz, D., Madeiro, A. & Rosas, C. (2014). Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 22(43):141–148, doi: 10.1016/S0968-8080(14)43754-6
- Diniz, D.; Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 959-956.
- Diniz, D.; Medeiros, M.; Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 653-660.
- Dios, V. C. (2016) A clínica da assistência à clínica da perícia: sobre os serviços de aborto legal no Brasil (pp. 81-100). In: Zanello, V. & Porto, M. (2016). *Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília: CFP.
- Dragan, I. M. & Isaic-Maniu, A. (2013). Snowball Sampling Completion. *Journal of Studies in Social Sciences*, 5(2): 160-177.
- Drezett, J & Pedroso, D. (2012). Aborto e violência sexual. *Cienc. Cult.*, 64(2): 35-38, doi: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200015>.
- Drezett, J. (2013). Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. *Reprod. Clim.*, 28(3):89–91.
- Duarte, L. F. D. (2012). Pessoa e indivíduo (pp. 141-146). In: Lima, A. C. S. (2012). *Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos*. Brasília: Associação Brasileira de Antropologia / laced / Nova Letra, 2012 576 p.
- Falade, B. A. & Bauer, M. W. (2018). ‘I have faith in science and in God’: Common sense, cognitive polyphasia and attitudes to science in Nigeria. *Public Understanding of Science*, 27(1) 29–46, doi: 10.1177/0963662517690293
- Farias, R. S. & Cavalcante, L. F. (2012). Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1755-1763.

- Faúndes, A. *et al.* (2004). Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. *RBGO*, 26(2): 89-96.
- Faúndes, A. *et al.* (2007). Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 29(4):192-9.
- FEBRASGO. (2016). *Contracepção reversível de longa ação*. Recuperado de https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/03-CONTRACEPCAO_REVERSIVEL_DE_LONGA_ACAO.pdf
- Figueiredo, L. (2014). Infância, ocupação, assistência. In: Franco, R. (2014). *A piedade dos outros: o abandono de recém-nascidos em uma vila colonial, século XVIII* (pp. 37-62) (1a ed.). Rio de Janeiro: Editora, FGV.
- Filho, E. A. S. (1995). Análise de representações sociais (109-148). In: Spink, M. J. (1995). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- Filho, J. B. N. (2011). A descriminalização do aborto como direito fundamental da mulher. *Revista Eletrônica Direito e Política*, 6(3): 1367-1399.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da clínica*. São Paulo: Editora Forense universitária.
- Foucault, M. (1999). *História da sexualidade: a vontade de saber*. (13. ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: curso dado no College de France (1978-1979)* São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- França-Junior, R. R. *et al.* (2015). Abortamento legal: comparação do grau de conhecimento de médicos de um hospital especializado em atendimento à mulher e de um hospital geral. *Saúde, Ética & Justiça.*, 20(2):57-65.
- Franco, B. (2005). Algumas ideias sobre as bases teóricas da Análise de Conteúdo. In: Puglisi, M. L.; Franco, B. *Análise de Conteúdo* (pp. 13-17) (2a ed.). Brasília: Liber Livro Editora.
- Freyre, G. (1980). *Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. (20. ed.). Rio de Janeiro: Livraria José Editora. (Original publicado em 1933)
- Galeotti, G. (2007). *História do ab(orto)*. Lisboa: Edições 70.
- Ganatra, B. *et al.* (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ*, 92:155, doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
- Ganatra, B. *et al.*, (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390: 2371-2381.

- Gesteira, S. M. A.; Diniz, N. M.; Oliveira, E. M. (2008). Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, 21 (3): 449-453.
- Gonçalves, T. R. *et al.* (2019). Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.*, 53:28, 1-12, doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000861>
- Gonzaga, P. R. B. & Aras, L. M. B. (2016). “...A Gente Precisa de Cuidado”: A execução da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento em itinerários Abortivos de Mulheres Soteropolitanas. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas.*: 1984-1639.
- Gonzaga, V. A. S. *et al.* (2017). Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 51: 1-8, doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>
- Guaresch *et al.* (2007). O aborto e as políticas de atenção integral à saúde da mulher. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1): 18-26.
- Gutmacher Institute. (2018a). *Aborto inducido a nivel mundial*. Hoja informativa, USA.
- Gutmacher Institute. (2018b). *Aborto en América Latina y el Caribe*. Hoja informativa, USA.
- Heiborn, M. L. *et al.* (2012). Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1699-1708.
- Heilborn, M. L. & Cabral, C. S. (2006). Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta. In: Camarano, A. A. (2006). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* (pp. 225-256). Rio de Janeiro: IPEA.
- Heleno, S. S. A. (2014). *Fatores Genéticos e Cromossomais na Perda Gestacional*. Dissertação, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Hentz, I. C. (2013). *A honra e a vida: debates jurídicos sobre aborto e infanticídio nas primeiras décadas do Brasil republicano (1890-1940)* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Hernández, J. S. (2015). *Análisis del valor del misoprostol en el tratamiento del aborto espontáneo* (Tese de Doutorado). Universidade Autónoma de Madrid.
- Hildering, P., Consoli, L. & Born, R. V. D. (2012). Denying Darwin: Views on science in the rejection of evolution by Dutch Protestants. *Public Understanding of Science*, 22(8): 988–998, doi: 10.1177/0963662512437328
- Hoffman *et al.* (2014). *Ginecologia de Williams* (2a ed.). Porto Alegre: AMGH, 2014.
- Jesuino, J. C. (2014). Um Conceito Reencontrado (pp. 41-76). In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2014). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Jodelet, D. (1984). *Représentations sociales: phénomènes, concepts et théories*. in Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*, PUF.

- Jodelet, D. (1989). As representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, pp.17-44.
- Jodelet, D. (2011). Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. *Temas em Psicologia*, 19(1): 19 – 26.
- Jodelet, D. (2014). A fecundidade múltipla da obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público” (pp. 262-297). In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2014). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Jovchelovitch, Sandra. (2008b). Rehabilitation of common sense: social representations, science and cognitive polyphasia. *Journal for the theory of social behaviour*, 38 (4): 431-449., doi 10.1111/j.1468-5914.2008.00378.x
- Jovchelovitch, S. & Priego-Hernández, J. (2015). Cognitive polyphasia, knowledge encounters and public spheres. Cambridge, doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107323650.014>
- Jovchelovitch, S. (2008a). Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- Jovchelovitch, S. (2014). Representações Sociais e Polifasia Cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão (pp. 211-237). In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2014). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Kalsing, V. S. S. (2002). O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. *Cadernos pagu*, (19): 279-314.
- Kimport, k., Weltz, T. A. & Freedman, Lori. (2016). The Stratified Legitimacy of Abortions. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(4) 503–516.
- Kornijezuk, N. P. (2015). *Do Programa ao Plano: a política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa*. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Leal, M. C. (2014). *Nascer no Brasil: a mãe sabe parir, e o bebê sabe como e quando nascer*. Recuperado de <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
- Leal, V.B. I. (2010). Abortion counselling according to healthcare providers: A qualitative study in the Lisbon metropolitan area, Portugal. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15:326–335.
- Ledermann, W. (2016). Una mirada crítica sobre la medicina en el Antiguo Egipto. *Rev Chilena Infectol*: 33 (6): 680-685.
- Leme, M. A. V. S. (1995). O impacto da teoria das Representações Sociais (pp. 46-57). In: Spink, M. J. (1995). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

- Lemos, A. & Russo, J. A. (2014). Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, 18(49):301-12, doi: 10.1590/1807-57622013.0754
- Lima, C. A. & Deslandes, S. F. (2014). Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saude soc.*, 23 (3):787-800.
- Lolatto, S. & Lisboa, T. K. (2013). Profissionais de serviço social frente à questão do aborto – a ética em debate. *Bagoas*, 9: 65-85.
- Lopes, Octacílio de Carvalho. (1970). *A Medicina no Tempo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Loureiro, D. C. & Vieira, E. M. (2003). Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública*, 20(3):679-688.
- Luft, S. (2001). “*ABORTO EUGÊNICO*”: *uma discussão necessária* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Luiz, M. S., Nakano, A. R. & Bonan, C. (2015). Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. *Saúde Debate*, 39(106), 671-682, doi: 10.1590/0103-110420151060003009
- Luna, N. (2010). Aborto e células-tronco embrionárias na campanha da fraternidade; ciência e ética no ensino da Igreja. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, 25 (74): 91-192.
- Luna, N. (2013). O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um Estado laico. *Religião e Sociedade*, 33(1): 71-97.
- Luna, N. (2014). Aborto e corporalidade: sofrimento e violência nas disputas morais através de imagens. *Horizontes Antropológicos*, 20(42): 293-325, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832014000200012>
- Machado, M. H. (1997). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Machin, R. *et al.* (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4503-4512.
- Madeiro, A. P. & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):563-572.
- Madeiro, A. P. & Rufino, A. C. (2016). Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8):2771-2780.
- Madeiro, A. P. *et al.* (2015). Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de educação Médica*, 40 (1): 86 – 92, <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02382014>

- Malmström, M. F. (2012). Gender, agency, and embodiment theories in relation to space. *Journals Open Edition*, doi: 10.4000/ema.2985
- Manzini, E. J. (1990). *A entrevista na pesquisa social*. Didática. São Paulo, v. 26/27, p. 149-158.
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. *Anais...* Bauru: USC, 2004.
- Marinho, F. (2018). *Morte materna e aborto no Brasil*. Ministério da Saúde.
- Mariutti, M. G., Almeida, A. M. & Panobianco, M. S. (2007). O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(1): 1-8.
- Martinez, R. L. (2018). Bridging cognitive polyphasia and cognitive dissonance: The role of individual differences in the tolerance and negotiation of discrepant cognitions. *Papers on Social Representations*, 27(2): 3.1-3.24.
- Martins, A. P. V. (2004). *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- Martins, E. F. et al. (2017). Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas. *Cad. Saúde Pública*, 33(1): 1-11, doi: 10.1590/0102-311X00133116
- Mattar, R. & Daher, S. (2018). Abortamento (pp. 615-619). In: Prado, F. C., Ramos, J. A. & Valle, J. R. (2018). *Atualização terapêutica: urgências e emergências*. 26. ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Mattar, R. (2006). Abortamento (pp. 1714-1720). In: Lopes, A. C. (2006). *Diagnóstico e Tratamento*. 2.ed. Barueri, SP: Manole.
- Mattar, R., Junior, J. E. & Sun, S. Y. (2018). Urgências hemorrágicas na primeira metade da gravidez (pp. 597-618). In: Prado, F. C., Ramos, J. A. & Valle, J. R. (2018). *Atualização terapêutica: urgências e emergências*. São Paulo: Artes Médicas.
- Mccallum, C., Menezes, G. & Reis, A. P. (2016). O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(1): 37-56, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>
- Miguel, L. F. (2012). *Aborto e democracia*. Estudos Feministas, Florianópolis, 20(3): 657-672.
- Miguel, L. F. Biroli, F. & Mariano, R. (2017). O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. *Opinião Pública*, 23(1): 230-260, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-01912017231230>
- Mikael-Silva, T. & Martins, A. M. (2016). A Legalização do Abortamento no Discurso do Jornal Folha de São Paulo (2011-2014). *Temas em Psicologia*, 24(3): 815-831, 10.9788/TP2016.3-12Pt
- Mikael-Silva, T. & Martins, A. M. (2018). *Mídia e aborto no Brasil: discursos sobre a legalização do abortamento*. Portugal: Novas Edições Acadêmicas.

- Minayo, M. C. S. (2008). Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde (pp. 21-42). In: Souza, E. R. (2008). Curso Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP.
- Minayo, M. C. S. (2009). O desafio da pesquisa social (pp. 8-29). In: Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 109 p.
- Miranda, Maria Juliana Barbosa de. A percepção da equipe de profissionais de saúde sobre aborto [manuscrito]: uma análise crítica dessa temática na estratégia de saúde da família / Maria Juliana Barbosa de
- Morse, M. L. *et al.* (2011). Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, 27(4):623-638.
- Mortari, C. L. H.; Martini, J. G.; Myriam, A. V. (2012). Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Rev Esc Enferm, USP*, 46(4):914-21.
- Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (1992). The new magical thinking. *Public Understanding of Science*, 23(7): 759-779, doi: 10.1177/0963662514537584
- Moscovici, S. (2003). *Representação social: investigação em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Mott, M. L. B. (1989). Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio. *R. História*, São Paulo, 120: 85-96.
- Murta, E. F. C. *et al.* (2001). Abortamento Séptico - Identificação de Fatores de Risco para Complicações. *RBGO*, 23(03): 153-157.
- Nardini, M. (2008). *Integralidade e Promoção da Saúde da Mulher: as proposições da Câmara Federal sobre a legalização do aborto*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Nascimento, A. & Roazzi, A. (2008). Polifasia Cognitiva e a Estrutura Icônica da Representação Social da Morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3): 499-508.
- Nascimento, A. R. F. *et al.* (2011). Virilidade e competição: masculinidades em perfis de lutadores das Revistas Tatame e Gracie. *Memorandum*, 21: 195-207. Recuperado de seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/9790
- Natt. E. D. M. & Carrieri, A. P. (2014). A Teoria das Representações Sociais e a Análise de Conteúdo: instrumentos que se complementam na pesquisa em administração. *Cadernos de Estudos Sociais*, 29(2): 73-94.
- Oliveira, N.H.D. (2009). *Recomeçar: família, filhos e desafios*. São Paulo: Editora UNESP.
- Oliveira, P. R. M. (2010). O encontro entre os guarani e os jesuítas na Província do Paraguai e o glorioso martírio do venerável padre Roque González nas *tierras de Ñezú*. 516 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Olsen, J. M. *et al.* (2018). Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 34(2): 1-17.
- OMS (1967). *Twentieth World Health Assembly*. Geneva, 8 -26 mai. 1967.
- OMS. (1992). *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*. Geneva, 12-15 abr. 1992.
- OMS. (2012). *Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde*. 2. ed. Uruguai.
- OMS. (2015). *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*. Genebra, Suíça.
- ONU. (2015). *Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015*.
- Osis, M. J. D. *et al.* (2013). O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. *Bagoas*, 09: 87-107.
- Panagiotou, E. & Kadianaki, I. (2018). From cognitive dissonance to cognitive Polyphasia: A sociocultural approach to understanding meat-paradox. *J Theory Soc Behav*: 1–19.
- Paraiso, M. A. S. (2012). *O aborto eugênico no atual ordenamento penal brasileiro*. Conteúdo Jurídico, Brasília, 1-39.
- Patias, N. D., Buaes, C. S. (2012). “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. *Psicologia & Sociedade*, 24 (2), 300-306.
- Patrícia Galvão. (2017). *Percepções sobre o aborto no Brasil*. Pesquisa Locomotiva.
- Pedro, V. M. *et al.* (2016). Percepções e experiências dos homens sobre 1313 o planejamento familiar no sul de Moçambique. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26(4): 1313-1333, <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000400013>
- Pereira, C. R. & Souza, L. E. C. (2016). Fatores Legitimadores da Discriminação: Uma Revisão. *Teórica. Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2): 1-10, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e322222>
- Pereira, S. M. (2008). Acolhimento às mulheres em situação de abortamento – reflexões sobre a prática assistencial da(o)s profissionais de saúde. *Fazendo Gênero* 8: 1-7.
- Pérez, B. A. G. *et al.* (2013). Aborto provocado: representações sociais de mulheres. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 21(esp.2):736-42.
- Pilecco, F. B. (2010). *Aborto e violência sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Pires, T. I. T. (2013). Estado democrático de direito e as liberdades individuais: a legalização do aborto à luz do princípio da autodeterminação. *Revista da Faculdade de Direito UFPR*, 58: 125-145.
- Platão. (1990). *A república*. São Paulo: Nova Cultural Ltda.

- PNDS (2006). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Priore, M. D. (1990). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo.
- Priore, M. D. (2001). Aborto: uma longa história. In: Priore, M. D. *Histórias do Cotidiano* (1 ed.). São Paulo: Contexto.
- Priore, M. D. (2011). Um velho fantasma: aborto. In: Priore, M. D. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. (1. ed.). São Paulo: Planeta.
- Priore, M.D. (2004). *Magia e medicina na colônia: o corpo feminino*. In: Priore, M. D. *História das mulheres no Brasil* (pp.66-97). (7. ed.). São Paulo: Contexto.
- Provencher, C. M. C. (2007). *Cognitive polyphasia in the MMR controversy: A theoretical and empirical investigation*. (Tese de Doutorado). London School of Economics and Political Science Institute of Social Psychology.
- Queiroz, M. V.; Brigagão, A. L. Q. (2009). Aborto anencefálico. *Revista da Faculdade de Direito*, 5(5), 129-145.
- Ramalho, K. S. *et al.* (2012). Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits*, Maceió, 1(1): 11-22.
- Rattner, D. (2014). Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 8(2), 103-108.
- Rebouças, M. S. S.; Dutra, E. M. S. (2011). Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicol. estud.*, 16(3), 419-428.
- Rezende, JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.
- Ribeiro, F. R. G. (2012). Aborto por anencefalia na mídia brasileira: análise retórica do debate entre as posições “pró-escolha” e “pró-vida”. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 7: 83-114.
- Rio de Janeiro. (2018). *Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro.
- Riedel, M. (2017). *Homícidio*. Oxford Bibliographies. Recuperado de <https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195396607/obo-9780195396607-0092.xml>
- Rohden, F. (2002). Gênero, Ginecologia e sexualidade na Ciência do século XX. *Horizontes Antropológicos*, 8(17): 101-125.
- Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* (2a ed.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Rosado-Nunes, M. J. (2012). O tema do aborto na Igreja Católica: divergências silenciadas. *Ciência e Cultura*, 64(2), 23-31.
- Sá, C. P. (1995). Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria (pp. 19-45). In: Spink, M. J. (1995). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 110 p.
- Sagan, C. (1998). *Bilhões e bilhões na virada do milênio*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Santos, C. S. & Silveira, L. M. C. (2017). Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2): 304-317, doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000582016>
- Santos, D. L. A. & Brito, R. S. (2016). Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 24(5): 1-5.
- Santos, I. C. C. (2011). A objeção de consciência face ao aborto legal no ordenamento jurídico brasileiro. *Revistas*, 1(127), 1-30.
- Santos, L. L. N. (2014). *Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Santos, M. F. S.; Almeida, L. M. (2005). *Diálogos com a teoria da representação social*. Editora Universitária UFPE.
- Savaris, R. F. (2011). Abortamento (pp. 97-110). In: Freitas, F. (2011). *Rotinas em obstetrícia* (6a ed.). Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.
- Scavone, L. (2008). Políticas feministas do aborto. *Rev. Estud. Fem.*, 16(2), 675-680.
- Scavone, L. (2012). Dossiê. *Estud. sociol.*, 17(32): 15-19.
- Scheffer, M. et al. (2018). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp.
- Schor, N. & Alvarenga, A. T. O Aborto: Um Resgate Histórico e Outros Dados. *Rev. Bras. Cresc. Dás. Hum.*, São Paulo, IV(2), 1994.
- Schraiber, L. B. & d'Oliveira, A. F. L. P. (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5): 11-26.
- Schraiber, L. B. (1997). No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1): 123-140.
- Scott, J. (1989). *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. New York, Columbia University Press.

- Segre, M. (2006). Considerações éticas sobre o início da vida: aborto e reprodução assistida (pp. 43-60). In: Cavalcante, A. & Xavier, D. (2006). Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir.
- Sell, S. E. *et al.* (2015). Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3): 502-508.
- Senem, C. J. & Caramaschi, S. (2017). Concepção de sexo e sexualidade no ocidente: origem, história e atualidade. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 49: 166-189, doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.6420>
- Shein, P. P. Li, Y. Y. e Huang, T.C. (2014). Relationship between scientific knowledge and fortune-telling. *Public Understanding of Science*, 1–17, doi: 10.1177/0963662514522169
- Silva, E. F. *et al.* (2015). Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 5(3):454-464.
- Silva, L. F. & Castilho, M. A. (2014). Brasil colonial: as mulheres e o imaginário social. *Cordis. Mulheres na história*, São Paulo, 12: 257-279.
- Silva, M. Z. N., Andrade, A. B. & Bosi, M. L. M. (2014). Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*, 38(103): 805-816.
- Silva, P. A. (2011). *Aborto eugenésico* (Monografia). Universidade Federal Presidente Antônio Carlos, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais de Barbacena, Barbacena.
- Silva, P. F. C., Cordeiro, C. S. & Silva, T. M. A. (2016). Violência institucional contra a mulher em situação de abortamento e a assistência de enfermagem. *Revista Saúde em Foco*, 1(1): 1-6. Recuperado de <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/170/176>
- Silva, R. S.; Andreone, S. (2012). Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 725-1733.
- Silveira, P., McCallum, C. & Menezes, G. (2015). Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 32(2): 1-10, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00004815>
- Singh, S. Darroch, J. E. & Ashford, L. S. (2014). *The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*. Ukaid: Guttmacher Institute, UNFPA.
- Singh, S. *et al.* (2017). *Abortion worldwide 2017: Uneven progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute.
- Singh, S. Remez, L. & Tartaglione, A. (2010). *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*. Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Soares, G. S. (2003). Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19, supl. 2: 399-406

- Soares, M. C. S. *et al.* (2012). Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. *Rev Rene.*, 13(1):140-6.
- Soares, M. C. S. *et al.* (2012). Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. *Rev Rene.*, 13 (1): 140-6.
- Spink, M. J. (1995). O estudo empírico das Representações Sociais (pp. 85-108). In: Spink, M. J. (1995). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995
- Suh, J. S. (2014). *The Paradox of Post-Abortion Care: A Global Health Intervention at the Intersection of Medicine, Criminal Justice and Transnational Population Politics in Senegal*. Tese (Doctor in Philosophy) – Columbia University.
- Szwarcwald, C. L. (2014). Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública*, 30: 71-S83, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125313>
- Teixeira, L. B.; Guimarães, J. P. (2012). Abortamento inseguro no Brasil: magnitude do problema, atendimento emergencial e uso de contracepção de emergência. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 1(2), 1-21.
- Tornquist, C. S.; Silva, C. B.; Lago, M. C. S. (2008). Dossiê Aborto. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16(2), 631-637.
- Torres, J. H. (2012). Aborto e Legislação comparada. *Ciência e Cultura*, São Paulo, 64(2), 40-41.
- Trindade, Z. A. & Enumo, S. R. F. (2002). Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicol. USP*, 13(2): 1-22, doi: 10.1590/S0103-65642002000200010
- Trindade, Z. A., Santos, M. F. S. & Almeida, A. M. O. (2014). Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos (pp. 133-162). In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2014). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vala, J. (2004). Representações Sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: Vala, J. & Monteiro, M.B. (Orgs.). *Psicologia Social* (p. 457-502). 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valpassos, C. A. M. (2011). Abortos e histórias sobre eles (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Valpassos, C. A. M. (2018). *Abortos: Dramas sociais e histórias sobre eles*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Vázquez, G. G. E. (2008). Ludibriando a natureza: mulheres, aborto e medicina. *História Questões & Debates*, 47, 43-64.
- Vázquez, G. G. E. (2014). Sobre as Mulheres e o Aborto: notas sobre leis, medicina e práticas femininas. *Revista Latino-americana de Geografia e Gênero*, 5(2), 146 – 162.

- Vieira, L. A. M. (2014). O olhar médico sobre o aborto: a maternidade enquanto natureza feminina. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.
- Vieira, L. A. M.; Wadi, Y. M. (2009). *O aborto sob o olhar médico: natureza feminina versus direito a saúde*. IV Congresso Internacional de História, Paraná, 2009, p. 1-11.
- Vieira-Junior, L. A. M. V. (2014). Os debates em torno da ilegalidade do aborto: da luta pela autonomia reprodutiva feminina à esfera legal dos projetos de leis. *Revista Tempo e Argumento*, 6(11), 423-460, doi: <http://dx.doi.org/10.5965/2175180306112014423>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, 22 (44): 203-220
- Wiese, I. R. B. & Saldanha, A. A. W. (2014). Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde Soc.* São Paulo, 23(2): 536-547.
- Wiese, I. R. B. (2012). *Aborto provocado e seletivo na interface da saúde e do direito*. 172 f. Dissertação de Mestrado –Universidade Federal da Paraíba.
- Wolter, R. M. C. P. (2014). Serge Moscovici: um pensador do social. In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (2014). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Yu, P. C. (2010). *Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos, clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos*. Orientador: Bruno Caramelli. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo.
- Zordo, S. (2012). Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (7): 1745-1754

Apêndices

Apêndice A– Roteiro orientador de entrevista semiestruturada

Cotidiano, experiências e percepção sobre a lei, aborto e mulheres em situação de abortamento
1) Como é o seu cotidiano? Há alguma situação mais difícil da qual se lembra?
2) Aparecem casos de aborto? São frequentes? Você já atendeu algum? Como foi?
3) Houve algum caso ou situação mais complicada? Ou alguma situação envolvendo família?
4) Já atendeu casos de complicação por aborto? O que leva as mulheres a abortarem?
5) Como você avalia o aborto? Sua opinião a respeito das mulheres que o fazem.
6) A literatura fala em nomes que dão aos médicos que fazem aborto. Você conhece algum?
7) Qual a sua opinião sobre a legislação atual sobre o aborto: Como ela limita/facilita seu trabalho? Conhece alguma norma ou orientação?
8) Continuaremos realizando outras entrevistas. Há algo que queira acrescentar, que não foi falado e que poderíamos incluir numa próxima entrevista?

Perfil Profissional
Nome:
Gênero:
Idade:
Estado civil:
Formação:
Tempo no emprego:
Religião:
Religiosidade: Nada religioso () Pouco religioso () Religioso () Muito Religioso () Extremamente religioso ()

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: Representações sociais de profissionais de medicina da área da ginecologia e/ou obstetrícia sobre o aborto

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento Tel.: (31) 3409-6278

Pesquisador auxiliar: Thiago Mikael Silva Tel: (31) 99923-6233

Instituição Responsável: Departamento de Psicologia – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Minas Gerais.

Contatos: a) Prof. Dr Adriano R. A. Nascimento, Departamento de Psicologia – FAFICH – UFMG.

Av. Antônio Carlos, 6627 - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – 4º andar – Sala 4034 – Universidade Federal de Minas Gerais, Campus Pampulha – Belo Horizonte – MG, 31270-901. Tel.: (31)3409-6278. b) COEP – Comitê de Ética em Pesquisa – Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 – Universidade Federal de Minas Gerais, Campus Pampulha – Belo Horizonte – MG, 31270-901. Tel.: (31) 3409-4592.

Prezado (a) senhor (a),

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Mestrado em Psicologia e tem como objetivo principal compreender como ginecologistas e/ou obstetras pensam e atribuem sentido a prática do aborto. De forma mais específica, busca-se identificar e analisar as representações sociais de ginecologistas e/ou obstetras sobre o aborto. Como benefícios, os resultados desta pesquisa podem subsidiar o desenvolvimento de futuros projetos de pesquisa, de intervenção e políticas públicas voltadas a mulheres em situação de abortamento e aos profissionais envolvidos no atendimento desse público. Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa através de uma entrevista semiestruturada que será gravada e, posteriormente, analisada pela equipe de pesquisa. O tempo médio de duração da participação é de 40 minutos. A presente pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos participantes, relacionados a exposição de suas opiniões. Para minimizar tais riscos, a entrevista será realizada conforme sua disponibilidade e em local de sua escolha. Além disso, está garantido o seu anonimato, através da não divulgação de sua identidade em tempo algum e da exclusão de indícios que tornem possível a identificação. Também lhe é garantida a liberdade sem restrições de se recusar a participar, ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que disso resultem quaisquer tipos de consequências. Os dados obtidos com essa entrevista serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e elaboração de projetos de intervenção psicossocial associados ao Departamento de Psicologia/FAFCH/UFMG. Todos os produtos gerados por essa entrevista (transcrições) ficarão armazenados no Departamento de Psicologia/FAFCH/UFMG por um período de 5 anos após seu término, sob inteira responsabilidade do professor responsável por essa pesquisa (Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento). Informamos também que a sua participação, caso concorde com ela, tem caráter voluntário e não resultará em qualquer tipo de ressarcimento ou remuneração.

Eu _____ (nome do participante), RG _____, Órgão Emissor _____, declaro ter COMPREENDIDO as informações prestadas neste Termo, DECIDO conceder a entrevista solicitada e AUTORIZO sua utilização no Projeto de Pesquisa intitulado “Representações Sociais de profissionais de medicina da área da ginecologia e/ou obstetrícia sobre o aborto”.

Estando de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento em 2 (duas) vias.

Participante

Pesquisador Auxiliar

Pesquisador responsável

Belo Horizonte/MG, _____ de _____ de 2019.