

Aborto, Objeção de Consciência e Religiosidade no Universo Biomédico: Práticas e Comportamentos dos Profissionais de Saúde¹

Rozeli Maria Porto²
PPGAS/UFSC

O texto aborda algumas idéias que serão desenvolvidas em minha tese de doutorado a propósito das representações³ dos profissionais de saúde relativas ao aborto entre Brasil e Portugal. Neste artigo, discuto a partir de dados etnográficos como existe uma dimensão religiosa na biomedicina (Giglio-Jacquemot, 2005) que se manifesta tanto nos discursos como nas práticas e comportamentos destes profissionais quando o assunto refere-se ao aborto. Ao mesmo tempo, observo que tal religiosidade não se configura homogeneamente entre os sujeitos, pois muitos ao se declararem objetores de consciência⁴ utilizam este protocolo como um poder simbólico (Bourdieu, 1989) afetando as mulheres em seus direitos reprodutivos. Tal protocolo incita determinados profissionais a adotarem uma postura negligente ou acusatória em diversas situações de abortamento e, concomitantemente, tal procedimento ainda se traduz no que alguns nomeiam de “promiscuidade entre o público e o privado”.

Palavras-chave: aborto, profissionais de saúde, religiosidade, Brasil, Portugal

Lutas feministas pelo aborto no Brasil e em Portugal

Os movimentos feministas e de mulheres foram importantes articuladores sobre o tema aborto tanto no Brasil como em Portugal⁵. Afinal, foram esses movimentos que levantaram a problemática nestes países no século XX, transformando o assunto numa discussão pública a fim de apresentar as diretrizes, reflexões e problemas que o tema suscita à sociedade.

Em relação ao Brasil nestes últimos 30 anos, lembramos que na década de 80 o movimento feminista teve participação direta na formulação do Programa de Assistência Integral

1 Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho/2008, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Profa. Miriam Pillar Grossi.

³ Utilizo o conceito de representações conforme Dan Sperber, 1992 e Claudine Herzlich, 1991.

⁴ O Código de ética Médica em seu artigo 28 destaca que o médico tem direito a “recusar a realização de atos médicos que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

⁵ O aborto é permitido pelo Código Penal Brasileiro somente nos casos de estupro e de risco de vida da mulher. Portugal ampliou suas leis (julho/2007) e o aborto pode ser realizado a pedido da mulher até as dez semanas de gestação, além de permanecer as alíneas anteriores referentes a permissão do aborto nos casos de estupro, risco de vida da mulher e malformação fetal.

à Saúde da Mulher (PAISM), no processo para incluir os direitos das mulheres na Constituição de 1988 e na luta pela descriminalização e legalização do aborto⁶. Nos anos 90, destacam-se as demandas legislativas que acabaram por estabelecer a garantia de atendimento na rede pública de saúde através de duas Normas Técnicas complementares, criadas pelo Ministério da Saúde para os casos de interrupção de gravidez previstos no Código Penal Brasileiro (CPB)⁷. Por fim, nos anos 2000, observa-se a criação no âmbito do governo Federal da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) que terá um papel importante na formulação de políticas públicas para as mulheres e em particular na chamada para o debate em torno da questão do aborto. Esta Secretaria durante a “1ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres” (2004) referendou uma diretriz que previa a revisão da legislação do aborto instituindo uma comissão tripartite composta de representantes dos Poderes Executivo, Legislativo e Sociedade Civil. Tal comissão organizou um anteprojeto de Lei entregue pela Ministra Nilcéa Freire à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, que há época tinha como relatora a Deputada Federal Jandira Feghali. Na II Conferência Nacional (2007) recomendou que o projeto fosse reapresentado ao Congresso pelo Poder Executivo, dando continuidade ao trabalho da Comissão Tripartite⁸.

Em Portugal, desde a década 70, os movimentos de mulheres lutaram por sua descriminalização, o que despertou, efetivamente, o interesse de partidos políticos e de organizações sindicais sobre o assunto⁹. Diversos Projetos de Lei, tanto para descriminalizar como para criminalizar o aborto passaram pela Assembléia da República desse país. Entre os mais importantes destaca-se nos anos 80 a aprovação do Projeto de Lei 6/84 proposto pelo Partido Socialista (PS) que vigorou até julho de 2007. Nos anos 90, destaca-se a polêmica em torno da aprovação do Projeto de Lei do Partido Juventude Socialista (JS) que após ser aprovado foi posteriormente barrado por dirigentes do PS (Partido Socialista) e do PSD (Partido Social Democrata). Caso este projeto fosse aprovado, a mulher poderia solicitar a interrupção da

⁶ Para conhecimento da trajetória do Movimento Feminista no Brasil e sua luta pela descriminalização e legalização do aborto, ver Leila Barsted, 1992 e 1997; Anette Goldberg, 1987; Maria Betânia Ávila e Sônia Corrêa, 2003; Myriam Aldana, 2005; Maria Isabel Baltar da Rocha, 2006, dentre outras.

⁷ A Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (2005a) e a Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” (2005b). Nem sempre as Normas Técnicas garantem atendimento adequado às mulheres em hospitais de referência. Neste caso ver Beatriz GALLI; Edlaine GOMES e Leila ADESSE, 2006.

⁸ A votação ainda não foi realizada e poderá acontecer em 2008 (após tramitar por 16 anos na câmara) segundo promessa de Jofran Frejat (PR-DF), Presidente da Comissão de Seguridade da Câmara (Agência Estado, 16/03/2008 - <http://noticias.br.msn.com>).

⁹ Para conhecimento da trajetória do Movimento de Mulheres em Portugal ver Manuela Tavares, 2003 e Vanda Gorjão, 2002.

gravidez até décima segunda semana de gestação. A atitude de tais dirigentes desembocou em 1998 - a contragosto de diversos parlamentares e do movimento de mulheres - na negociação de um referendo sobre o tema que não foi expressivo. Esse referendo obteve participação de 31% dos eleitores portugueses e um resultado de 51% de votos contra a legalização do aborto (VARGAS, 2002:6).

Nos anos 2000¹⁰, embora outros projetos tenham sido apresentados na Assembléia da República, somente em 2006 o Presidente Português Cavaco Silva convocou um novo referendo realizado em 11 de fevereiro de 2007. O referendo embora não vinculativo¹¹ descriminalizou o aborto naquele país contando com total apoio do governo¹².

O ano de 2007 representou um marco no debate sobre o aborto em Portugal e, conseqüentemente, no Brasil. As mudanças das leis lusitanas refletiram em nosso continente reacendendo a discussão sobre o tema e a preocupação dos vários grupos que são contra e a favor da legalização e descriminalização do aborto.

Em nosso país, a visita do papa Bento XVI na América Latina e no Brasil ilustra efetivamente a preocupação dos clérigos sobre as possíveis mudanças das leis sobre o tema. Tal visita buscava fortalecer grupos religiosos contrários ao aborto. Entretanto, o governo brasileiro reagiu com declarações de Lula na chegada do Papa reafirmando que o Brasil tinha um Estado laico e com a defesa feita pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão de um debate público sobre descriminalização do aborto. Tal atitude contribuiu para aumentar a visibilidade do tema através da mídia e dos jornais, com destaque para as posições do Ministro que se trata de um “problema de saúde pública”. À época, Temporão acabara de assumir o Ministério da Saúde e certamente estava inspirado pelo cenário internacional, quando então Portugal passara pelo referendo acima mencionado legalizando o aborto naquele país.

Recentemente, o argumento utilizado pela igreja católica enfatizando “a defesa da vida desde a concepção” tomou fôlego na Campanha da Fraternidade de 2008 que trouxe como lema “Escolhe, pois, a vida!” numa iniciativa da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Nos itens do documento desta campanha destacam-se questões que são contrárias ao uso de

¹⁰ Cabe lembrar que nos últimos 30 anos em Portugal, o movimento de mulheres junto a sociedade civil protestou incondicionalmente contra o julgamento de mulheres que haviam realizado o aborto. Também um protesto contra a proibição da entrada em Portugal do barco Woman on Waves (ONG holandesa) pelo governo português – o qual alegou que a entrada do barco consistiria em atentado a saúde pública dos portugueses - destacou que além de Portugal ser o único a levar mulheres que realizaram aborto a julgamento, também seria o único a impedir livre acesso de organizações cívicas. Mesmo Irlanda e Polônia, que tem leis restritivas quanto ao aborto, não impediram sua entrada (Jornal Noticias da Amadora, 06/07/2006).

¹¹ Um referendo só é juridicamente vinculativo no caso de a participação popular ser igual ou superior a 50%.

¹² Consultor Jurídico, 26/03/2007; Jornal Avante, 15/02/2007.

células-tronco embrionárias em pesquisas científicas, a eutanásia, prevenção HIV/AIDS, contracepção e ao aborto. Mas esse debate entre “escolher a vida” ou encarar o aborto como “um problema de saúde pública” envolve além de feministas, políticos, religiosos e as próprias mulheres outros sujeitos que fazem parte fundamental desta discussão, ou seja, os profissionais de saúde. Estes inclusive constam como atores privilegiados no documento acima referido, no qual se pode ler que tais profissionais “...têm o dever de acolher a todos. No entanto, têm também o direito e o dever de se opor ao aborto”¹³.

Diante de tal assertiva, pode-se perceber como pensam os entusiastas religiosos e como estes utilizam determinadas estratégias diante dos seus interesses. Entretanto, estariam os profissionais de saúde reforçando tal discurso religioso de forma a aflorar sua religiosidade ou estes profissionais estariam imunes a tais motivações?

Em Portugal, embora a lei do aborto tenha sido ampliada, isso não significou sob o ponto de vista dos portugueses que este país seja mais ou menos católico. Segundo informações dos próprios portugueses¹⁴, certamente ocorreram mudanças na forma de pensar dos lusitanos. Contudo, a questão da descriminalização do aborto parece ter ocorrido por um interesse muito mais político por parte do governo socialista do que propriamente por vontade do povo. Para alguns interlocutores, o partido fez uma promessa de campanha durante as eleições, garantindo, dentre outras questões, a ampliação das leis do aborto. Além disso, Portugal necessita cumprir acordos com a União Européia e as leis do aborto certamente fazem parte desse compromisso. Sua descriminalização na maioria dos países europeus já é tida desde os anos 70 do século XX e Portugal ainda permaneceria, nesse quesito, à margem da União Européia.

Esse país passa desde então por um período de adaptação à nova lei. A princípio, instalaram-se conflitos com a notícia da liberalização do aborto “até a décima semana de gravidez a pedido da mulher” tendo como consequência a opção pela objeção de consciência por mais de 80% dos profissionais de saúde lusitanos. Mas quais seriam as motivações destes profissionais ao resolverem optar por tal protocolo? Suas crenças religiosas os impediriam de acatar a nova lei?

Afinal, o que há (ou não) de religiosidade no espaço biomédico – lusitano ou brasileiro - quando o assunto refere-se ao aborto e a saúde reprodutiva das mulheres?

Estudo de Caso em Florianópolis

¹³ <http://www.mulheresdeolho.org.br>, 09/03/2007.

¹⁴ Estive em Lisboa no período de abril a julho de 2007 realizando doutorado sanduíche.

No universo pesquisado, pude observar como o aborto é um assunto delicado e traz perspectivas diferenciadas a partir do *ethos* e da visão de mundo¹⁵ dos profissionais de saúde entrevistados. No que se refere à religiosidade, todos os informantes declararam professar algum tipo de religião à exceção de um médico ginecologista que se diz agnóstico. Duas enfermeiras são espíritas kardecistas e outras duas oscilam entre o catolicismo, o espiritismo kardecista e o esoterismo. Quatro enfermeiras são católicas – três delas não praticantes – e uma enfermeira diz não ter religião. Ainda há um médico e uma assistente social que se dizem católicos não praticantes.

Nessa perspectiva, lembro de uma ocorrência que deixou boa parte dos funcionários desta maternidade bastante aborrecidos. O bebê de uma mulher com menos de 25 anos veio a óbito uma semana antes de nascer. Os comentários sobre este caso preenchiam os corredores da maternidade onde observei algumas enfermeiras, funcionárias da limpeza, assistentes sociais assim como a psicóloga - que cuidava diretamente da ex-gestante – comovidas pela história.

O relato sobre este caso era simultaneamente realizado por uma das enfermeiras que esperava as roupas da criança para vesti-la e entregá-la a mãe. Enquanto aguardava pelas vestes do bebê tecia os seus comentários: “Cada um tem seu tempo e o dele era esse. Um bebê normal com três quilos e quatrocentos gramas. Mas cada um tem seu tempo (Enfermeira – Alojamento Conjunto [AC])”. Tentando compreender o significado de “cada um tem seu tempo”, pedi para que a enfermeira explicasse o que dissera: “As pessoas vivem durante um tempo e conforme os desígnios de seus karmas (Enfermeira/AC)”. Questionei, em seguida, se ela era espírita por causa do termo que utilizara – *karma* -, embora ciente que tal termo também é utilizado por outras religiões¹⁶:

Sim, mas não espírita, espírita. Sou mais espiritualista e esotérica. Meus pais no Paraná têm um centro espírita. Conheço bem o kardecismo, pois cresci com ele. Mas não sigo a risca. Tem que pegar um pouquinho do que tem de bom de cada religião (Enfermeira – AC).

¹⁵ Defino *ethos* e *visão de mundo* conforme Geertz: “Na discussão antropológica recente, os aspectos morais (e estéticos) de uma dada cultura, os elementos valorativos, foram resumidos sob o termo ‘ethos’, enquanto os aspectos cognitivos, existenciais foram designados pelo termo ‘visão de mundo’. O *ethos* de um povo é o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e estético e sua disposição, é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete. A visão de mundo que esse povo tem é o quadro que elabora das coisas como elas são na simples realidade, seu conceito de natureza, de si mesmo, da sociedade.” (GEERTZ, 1978, p. 143-144).

¹⁶ A exemplo das doutrinas budista, hinduísta e jainista. Foi posteriormente adotado também pela Teosofia, pelo Espiritismo e por um subgrupo significativo do movimento New Age. “Karma” significa ação. Segundo informações neste site, as religiões utilizam o termo Karma para expressar um conjunto de ações dos Homens e suas consequências (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Karma>).

Adiante, perguntei o que sentia nessas ocasiões. Como ela se sentia ao ter que vestir um bebê morto: “Nada. Não sinto nada. É normal. E eu sou a mais preparada para isso aqui. Eu não ligo de fazer isso. As outras (enfermeiras) sentem mais. Mas para mim é normal (Enfermeira, AC).

Nesse ínterim, chega a roupa do bebê. A enfermeira as toma e segue para o setor onde se encontra o corpo. Poucos minutos depois ela retorna. O bebê está dentro da urna funerária e a profissional toma cuidado em embrulhá-la em algumas fraldas. Entra no quarto vagarosamente e fecha a porta. Quando sai do quarto, comenta que “a mãe tem todo o direito de velar pela alma de seu filho...”.

Nesta pesquisa realizada em meio urbano, emergem na análise cultural sobre os significados do discurso desta enfermeira o que poderíamos chamar de *agência e poder* (Giddens, 1989). Tal *agência* se manifesta por meio de suas ações, narrativas e comportamentos lhe garantindo um determinado poder através de sua religiosidade num ambiente biomédico. Nesse contexto, ela é a profissional capaz de “atuar de outro modo”, de tornar-se a mais capacitada em “intervir no mundo” e também de exibir uma “gama de poderes causais”. Diante da morte do “outro”, julga-se a pessoa mais capacitada dentre as colegas para finalizar o ritual. Ao mesmo tempo, esse poder que advém de sua religiosidade é reforçado inconscientemente pelas outras enfermeiras que segundo relato de minha interlocutora “sentem mais”, ou seja, sentem-se desconfortáveis ou mesmo incapazes de lidar com tais circunstâncias, o que pude confirmar acompanhando as profissionais durante o trabalho de campo.

Tal qual o discurso da enfermeira exalou religiosidade num ambiente que se destaca por ser eminentemente biomédico (Giglio-Jacquemot, 2005), casos semelhantes surgiram durante a pesquisa e poderiam ser analisados sob essa mesma perspectiva. Outros, porém, revelam que as representações relativas à religiosidade destes sujeitos não são homogêneas, e acabam por se traduzir de maneiras diferenciadas entre os profissionais.

Para alguns, ela vem camuflada por interesses relativos às questões de gênero e poder (Herétier, 1989), uma vez que muitos profissionais não aceitam que o aborto seja uma escolha das mulheres. Informam em seus discursos que são favoráveis ao aborto em ocorrências de risco de morte da mulher ou por qualquer tipo de malformação grave¹⁷. Todavia, ao confrontar tais

¹⁷ Conforme Anelise Tessaro (2002:12), a malformação “é uma sequência na qual existe uma formação precária de um tecido que inicia uma série de defeitos subsequentes. Podem ser maiores, quando necessitam de intervenção cirúrgica, incluindo-se nessa divisão as compatíveis (fenda labial) e incompatíveis com a vida (anencefalia - ausência dos hemisférios cerebrais - agenesia renal - ausência dos rins) ou menores, quando não há necessidade de intervenção médica (hemangioma, clinodactilia)”.

discursos às conversas informais com doutorandos de medicina e outros profissionais que circulavam pelos corredores da maternidade, detecta-se que a objeção de consciência é acionada por alguns profissionais justamente nestas circunstâncias.

Mais contundentes são os discursos relativos aos abortos provocados¹⁸ e de abortos por estupro – este último autorizado por lei – os quais causam muita polêmica entre os profissionais. Muitos preferem optar pelo estatuto da objeção de consciência mesmo que o caso de aborto esteja previsto no Código Penal Brasileiro.

Neste aspecto, não somente acentua-se o apelo à objeção de consciência entre os profissionais, como também estes exercem determinadas motivações sobre suas pacientes. A propósito da relação de dominação que se estabelece entre estes sujeitos, ouvi o relato de uma profissional que se dizia “horrorizada” pela atitude de uma das médicas desta maternidade. Minha informante relatou que tal médica (obstetra) incentivou a família de uma adolescente estuprada pelo pai a levar a gravidez adiante. Destaca que tal médica é muito conservadora e conseguiu aos poucos convencê-los a desistirem do aborto utilizando argumentos religiosos¹⁹.

Ainda neste tipo de ocorrência, um dos médicos entrevistados relatou que embora realize o aborto se este for proveniente de estupro, somente o fará se a mulher apresentar o Boletim de Ocorrência (BO) comprovando que sofreu violência sexual. De outro modo, observa que não gostaria de “se sentir enganado por esta mulher” se ela realmente não estivesse grávida de um estupro. Por mais que o BO não seja mais um documento exigido para a realização do aborto – segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde modificada em 2005 – a prerrogativa de meu interlocutor parece não estar em problemas de consciência ou de religiosidade. O que se percebe é um certo paternalismo e uma certa desconsideração relativa ao direito reprodutivo das mulheres, assim como a médica que insistiu para a adolescente e seu pai/avô (Bandeira, 1999) a persistirem com uma gravidez que poderia ser amparada legalmente. Embora alguns profissionais nesta maternidade sensibilizem-se mais na defesa do abortamento como um direito reprodutivo, outros optam pela objeção de consciência justamente por não estarem de acordo com esse direito. Alegam eleger tal protocolo por questões de foro íntimo moral ou religioso quando suas motivações se direcionam para que o aborto não seja realizado a pedido da mulher.

Surge, nessa perspectiva, os relatos de maus tratos relativos ao atendimento, assunto que representou ser tabu entre boa parte dos profissionais biomédicos. Levando-se em consideração

¹⁸ Interrupção deliberada da gravidez pela extração do feto da cavidade uterina de forma doméstica (com a inserção de agulhas de tricô, gravetos, ingestão de drogas e de plantas), química (através da ingestão de substâncias químicas, como o citotec) ou cirúrgica (curetagem, sucção ou aspiração) (LEITE, s/d).

¹⁹ Sobre o caso do pai-avô ver Lourdes Bandeira, 1999.

as ocorrências acima relatadas, percebe-se que os maus tratos terão um significado plural: eles se evidenciam não somente em juízos de valor, mas também em forçar as mulheres a levarem a gravidez adiante contra sua vontade, ou negando atendimento a uma mulher que possui seus direitos garantidos no CPB e ainda são reafirmados a partir das Normas Técnicas do Ministério da Saúde.

Uma das possíveis explicações para o significado deste interdito poderia traduzir-se no seguinte aspecto: o feto gerado a partir de uma violência sexual tem todas as chances de sobreviver, isto é, ele tem “vida”. É um ser que pode ter um desenvolvimento normal, saudável e, além disso, por que não deixá-lo nascer e colocá-lo em uma instituição para ser adotado? - conforme opinião de vários profissionais biomédicos. Já o anencéfalo, por exemplo, é um ser que “não tem vida” e, conseqüentemente não sobreviverá após o nascimento. Daí, maior aceitação do aborto por anomalias graves por parte destes profissionais.

Com efeito, nessa tensa relação no debate sobre o aborto, o que parece entrar em choque são as concepções de senso comum e religiosas a respeito dos direitos das mulheres e do feto (NOVAES e SALEM, 1995), ou seja, algo que se inscreve na polêmica em torno do conceito de “vida”, tal qual imposto pelos integrantes da Igreja Católica, além de concepções que circulam nessas tensas relações entre gênero e poder.

Estudo de caso em Portugal

Conforme comentado no início do texto, as leis do aborto em Portugal foram ampliadas pelo voto popular e qualquer maternidade pública pode realizar a interrupção voluntária da gravidez (IVG) a pedido da mulher, uma vez que sua gestação não ultrapassasse o prazo de dez semanas. Por uma série de razões, a medida gerou conflitos e cerca de 80% dos profissionais da saúde portugueses – em sua maioria os médicos – estavam optando pelo estatuto de objeção de consciência²⁰. Identifiquei dentre os meus entrevistados (seis enfermeiras, um enfermeiro e duas médicas sendo todos católicos à exceção de uma enfermeira e de uma médica ginecologista que se dizem agnósticas), três enfermeiras objetoras de consciência.

Uma delas - a qual chamarei de Maria de Lourdes - observou que alguns profissionais solicitaram transferências de hospitais para não atuarem junto aos casos de aborto segundo a nova lei. Tomou isso como positivo, pois já fora testemunha de maus tratos às mulheres - como

²⁰ Jornal Mundo Lusíada, 14/07/2007.

detectado na maternidade pesquisada em Florianópolis - as quais solicitaram anteriormente a interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Raquel e Isaura – também enfermeiras - relataram que algumas colegas preconizam juízos de valor criticando as mulheres que optam pelo aborto nos mais diversos casos (como por síndrome de down, estupro e fetos malformados). Do mesmo modo Josué, enfermeiro especializado em ginecologia, discursou sobre ocorrências de maus tratos às mulheres, tanto no sentido da maternidade em que trabalha não prestar atendimento por causa dos objetores de consciência, como nos cuidados às mulheres que eram colocadas posteriormente ao aborto, junto as gestantes que acabaram de dar a luz.

Todavia, segundo minhas interlocutoras, existem aqueles profissionais da saúde que são “fanáticos” e tentam reanimar os fetos que mesmo sob medicação sobrevivem após o nascimento. Esses profissionais acreditam que agora com a ampliação da lei, “tudo ficou mais grave aos olhos de Deus”. Raquel observa que em situações de interrupção muito prolongadas realizadas em idades gestacionais avançadas (20 a 24 semanas de gravidez), permanecia atenta para cuidar destas mulheres. Observa que algumas de suas colegas não poderiam ficar sabendo o momento da expulsão desses fetos, pois, caso nascessem vivos, certamente chamariam um neo-natologista para reanimá-los:

Mas na maior parte das vezes essas crianças não sobrevivem. E, além disso, foi a mãe que pediu a autorização para a IVG. E imagine ela ficar sabendo que o feto está vivo, que ele está na unidade de cuidados intensivos neo-natais, uma tecnologia caríssima...e o resultado é que esse feto, o feto que já não é feto, é um bebê, está para morrer. E eu acho que isto prolonga o sofrimento de uma maneira invisível... (Raquel, enfermeira).

Segundo as representações de Raquel tal situação gera muitos conflitos. Observa que a mulher além de necessitar de proteção dos contatos de alguns profissionais devido aos seus comentários críticos, corre o risco de ficar exposta àqueles que decidem inverter o processo de interrupção da gravidez, principalmente devido a sua religiosidade. Não obstante, nem todos os profissionais entrevistados concordam com a enfermeira Raquel. Em sua entrevista, Isaura diz não pensar duas vezes para chamar o pediatra caso o feto venha a sobreviver após o nascimento e observa que já foi mal interpretada diante de sua atitude.

Vi muitos fetos nascerem vivos e já me aconteceu de ser mal interpretada. Mas desde que minha consciência me diga que aquilo que estou fazendo é o melhor, não me incomoda em nada o que as outras pessoas pensam. Muitas vezes chamo o pediatra. E chamo sempre. Pronto. Chamo e faço aquilo que acho que devo

fazer. Passa pela comissão ética e a mulher ou o casal tem todo o direito de não querer o filho por diversas razões. Mas também se nasce vivo ninguém pode me tirar o direito e não chamar um pediatra. Por mais que não se possa fazer nada. Mas o que eu não posso permitir é que aquele bebê esteja a morrer ali a minha frente, percebe? Minha consciência fica mais tranquila (Isaura, enfermeira).

Entretanto, no caso de Isaura, a enfermeira afirma que seu procedimento nessas ocorrências nada tem a ver com sua religiosidade, apesar de se dizer católica como a maioria dos portugueses. Observa que é uma questão ética para ficar em dia com sua consciência não se importando com a maneira de ser interpretada. Conforme as representações de Raquel, o conflito de qualquer modo se instala e pode piorar a partir das modificações da lei do aborto, por acreditar que esta não irá resolver o problema dos abortos clandestinos em Portugal. No entanto, o significado de “estar de paz com sua consciência” parece refletir um aspecto cultural sobre o “pecado” numa sociedade impregnada pelo catolicismo. Nem mesmo o universo biomédico estaria imune à religiosidade, conforme relatado informalmente por outra enfermeira lusitana.

Em outro caso apontado por Luciana, a enfermeira ressalta que foi pega de surpresa ao perceber que o feto nasceria vivo e a “espernear”:

No momento que mandei a senhora expulsar, ela fez força e expulsou. Só que nasceu vivo a espernear. E pequenininho, e esperneava no meio das pernas e ela disse: nasceu vivo! E eu disse não! E ela falou: sim! E entre as pernas do miúdo, e as pernas dela, e a vagina, e eu tentei fazer com que ela não visse para não ter a idéia que o filho nasceu vivo... e o que fiz: por momentos passou muita coisa pela minha cabeça, mas cortei-lhe o cordão. Cortei o cordão, a circulação deixou-se de se fazer e ele por falta de oxigênio acabou por morrer. E eu tirei o cordão, cuidei da mulher e no resto da noite fiquei a pensar se o procedimento que eu tinha feito tinha sido o correto. Porque eu tive a noção de quando cortei o cordão... acaba aquela situação. E, portanto, eu levei muito tempo para digerir na minha cabeça se... cheguei ao cúmulo de pensar que nós metemos o menino em soro fisiológico, porque eles tem que ir para a patologia para ser verificada as más formações e fazer relatório. E chegou-me a passar pela cabeça que iriam encontrar soros nos pulmões... Mas eu não o afoguei, não fiz nada, eu laqueei o cordão, como faria em qualquer procedimento normal. Portanto, não faz sentido essa minha preocupação de alguma coisa que não era correta (Luciana, enfermeira).

A enfermeira tentou convencer-me (e do mesmo modo convencer-se) que a situação estava resolvida. No entanto, parece carregar ainda a “culpa” pelo fato ocorrido. Argumenta que após pensar durante horas naquela situação não faria sentido preocupar-se, porquanto tem certeza que efetuou os procedimentos corretamente. Compreende-se que diante das normas estipuladas por uma cultura impregnada por uma “religião de salvação”, algumas normas estabelecidas passam a ser consideradas como “violação da vontade divina” (Freund: 2000). Com efeito, parece

existir um *habitus católico* (Bourdieu, 1989) nessa sociedade e a idéia de pecado ainda parece atravessar a consciência da enfermeira. Algo que “irritaria a Deus” e “atrairia o castigo”. Conforme concebe Weber (1992), motivações psicológicas podem ter sua origem nas crenças e/ou nas práticas religiosas, as quais podem conduzir, determinar ou estimular os sujeitos em suas ações.

Concomitantemente em todos estes relatos, pode-se perceber que as ações refletidas nos comportamentos destes profissionais biomédicos vão além de uma questão ética ou moral, conforme admitira uma das enfermeiras entrevistadas. E mesmo que alguns profissionais não admitam que preceitos religiosos façam parte de suas ações, tal religiosidade pode ser percebida devido a um *habitus católico* (Bourdieu, 1989) em seus comportamentos e ações (Giglio Jacquemot, 2005).

Por outro lado, a objeção de consciência acionada por alguns profissionais que não admitem a realização do aborto nos casos previstos em lei, muitas vezes vêm disfarçada sobre a égide da religiosidade, da moral ou da ética em detrimento da saúde reprodutiva das mulheres conforme também observado na pesquisa em Florianópolis.

Durante as entrevistas com os profissionais de saúde em Portugal, dei ênfase a polêmica instaurada pela objeção de consciência questionando meus interlocutores por que a maior parte dos profissionais da saúde portugueses estava optando por tal protocolo. Uma das médicas entrevistadas se limitou a responder que era por razões de cunho religioso. A outra médica não descartou esta hipótese, mas salientou que a objeção de consciência entre os médicos se alastra por estes não aceitarem que o aborto seja uma opção das mulheres. Segundo a ginecologista,

... os médicos acham que ainda vivemos de modo paternalista como há 50 anos atrás. Não aceitam esse tipo de opção que as mulheres a partir de agora podem ter. Ser objetor de consciência hoje significa não respeitar a opção das mulheres e, tendo uma atitude paternalista, consideram que a opinião médica é mais importante do que a opinião da utente (paciente) (Dra. Mariana, ginecologista e obstetra).

Perante as representações desta profissional, ela demonstra estar preocupada em relação ao que considera ser um direito reprodutivo das mulheres, ou seja, um direito a escolha de ter ou não ter filhos. E nessas relações de gênero (SCOTT: 1990), critica o paternalismo dos médicos portugueses – semelhantes aos profissionais de saúde brasileiros - e evidencia que a objeção de consciência nada tem a ver com questões religiosas.

Um pouco mais ardente é a narrativa de Luciana, uma das enfermeiras entrevistadas. Assim como a médica ginecologista, ela alega que a objeção de consciência dos médicos não pode ser justificada por causa da religião. Vale a pena ler na íntegra a narrativa da profissional:

Objeção de consciência... religiosidade? Essa é uma falsa questão. Faça o que eu digo não faça o que eu faço... já viu isso? Os profissionais são a favor da vida. Vêm nascer crianças todos os dias, isso é normal. O aborto então passa a não ser algo que almejam para sua profissão. Estudaram para dar a vida. Daí, não querem fazer. Entra-se numa questão muito mais moral e ética do que de religiosidade. Mas essa questão religiosa é falsa. Pronto. Alguns são religiosos, mas não é assim... por exemplo: a questão moral e ética sobre o código penal anterior a nova lei. Os médicos que não se pronunciavam em relação à objeção de consciência pela lei antiga, não querem fazer a IVG pela nova lei por dez semanas. Na lei anterior podem fazer, mas agora pela nova lei não querem porque não admitem que uma mulher queira fazer a IVG por razões profissionais, ah, agora não é o momento para ter um filho, atrapalharia minha vida profissional... ou por razões econômicas, não admitem esses casos. Preferem pagar imposto para a pessoa ter o filho do que para tirar (Luciana, enfermeira).

Do mesmo modo, a enfermeira Luciana confirma tal qual a ginecologista, que uma das razões para os médicos adotarem o estatuto de objetores de consciência está na mulher poder solicitar a IVG até as dez semanas independente do motivo pelo qual desejam abortar. Conforme destaca, a lei anterior não possuía essa alínea. Assim, não adotavam tal protocolo de objetores. No entanto, a nova lei passa a dar “poder” às mulheres. Algo que parece não agradar os profissionais da saúde que então optam por não realizarem os abortos alegando o procedimento.

Com efeito, a opção pelo protocolo de objetor de consciência permite ao profissional biomédico permanecer como agente (Giddens, 1989) nestas ações, não relegando este poder as mulheres.

Mas Luciana destaca que outras razões existem que não somente as citadas. Ela chama atenção que a medicina praticada pelos médicos em Portugal, principalmente em Lisboa, não é tão ética quanto deveria ser:

... e essa questão moral e ética ainda não se aplica em todos os casos. O que existe em Portugal, e ainda mais em Lisboa, é que a medicina não é tão ética assim. Os médicos vão ter objeção de consciência quando não se paga para fazer. Existe uma promiscuidade entre o público e o privado. Ele não facilita essas coisas no público para ele não perder no privado. Não vale a pena para ele no público. O grande negócio é mandar as mulheres para as clínicas particulares. Por exemplo, o hospital só faz a curetagem se realmente precisar. Clínica privada não. Manda fazer mesmo que não precise (Luciana, enfermeira).

Uma outra enfermeira entrevistada, embora não concorde com a nova lei do aborto, compartilha com a colega Luciana tal premissa. Raquel observa que a ética não é tão ética quanto parece e esse estatuto dos objetores de consciência tem gerado muita discussão:

A história da medicina e da enfermagem em Portugal e de outros sistemas públicos – e também em muitos países penso eu – as pessoas invocam estatutos para não fazerem aquilo que não se importariam de fazer... tanto que não se importam, que vão fazer no privado. Mesmo sendo as custas de não realizar a IVG, tudo causado por aspectos financeiros. Este é um assunto que gera muita discussão agora em Portugal, ser ou não ser objetor de consciência e por que razões... (Raquel, enfermeira).

Enfim, para minhas interlocutoras, o estatuto da objeção de consciência parece ter se libertado do abrigo do “espírito religioso” em favor de um “espírito capitalista” (WEBER: 1992). Nas representações destas profissionais da biomedicina, além dos médicos solicitarem este estatuto por não respeitarem o direito reprodutivo das mulheres – lhes negando um poder imputado a partir da nova lei – percebe-se que são as tensões entre o público e o privado em função do lucro o que motiva e desvia alguns desses sujeitos do “verdadeiro” objetivo de suas profissões. Poucos médicos, segundo as representações dos profissionais que participaram desta pesquisa, reconhecem a aflição da paciente e a tratam como um ser humano (Langdon, 1994; Caprara, 1998) respeitando seus direitos reprodutivos.

A objeção de consciência é invocada e se torna um *poder simbólico* (Bourdieu, 1989) nas mãos dos profissionais de saúde – aqui especialmente dos ginecologistas, dos obstetras, dos anestesistas e, em menor número, dos enfermeiros – os quais invocam tal protocolo não somente por razões legais, éticas, morais, religiosas ou de gênero. Conforme registram algumas de minhas interlocutoras, a objeção de consciência também é invocada para praticar uma medicina que se encaixa nos parâmetros de uma prática “promíscua entre o público e o privado”.

Conclusões Preliminares

Tentei evidenciar através de alguns exemplos etnográficos, como a dimensão religiosa da biomedicina (Giglio-Jacquemot, 2005) se revela tanto nos discursos como nas práticas e comportamentos destes profissionais no que diz respeito as suas representações sobre o aborto. Ao mesmo tempo, argumentei como tais representações religiosas são heterogêneas e se disfarçam sob outros interesses o que acaba destituindo as mulheres de seus direitos reprodutivos.

Nesse contexto, insurge na análise cultural sobre os significados dos discursos de meus interlocutores, o que poderíamos chamar de agência e poder (Giddens, 1989). Tal agência,

conforme observado, se manifesta por meio das ações, narrativas e comportamentos dos profissionais, o que lhes garante um determinado poder através de sua religiosidade num ambiente eminentemente biomédico.

Ainda pode-se apreender que as ações refletidas nas narrativas e comportamentos de alguns profissionais dizem respeito a uma religiosidade não admitida, mas que encontra seu espaço entre os profissionais de saúde. Mesmo que alguns profissionais rejeitem que preceitos religiosos façam parte de suas ações, tal religiosidade pode ser percebida devido a um *habitus* católico/religioso (Bourdieu, 1989) que se manifesta em seus comportamentos e ações (Giglio Jacquemot, 2005) a partir de suas representações sobre o aborto.

A objeção de consciência é invocada e se torna um poder simbólico (Bourdieu, 1989) nas mãos dos profissionais de saúde os quais invocam tal protocolo não somente por razões religiosas, legais, éticas ou morais. Conforme registram algumas de minhas interlocutoras, a objeção de consciência também é invocada não respeitando o direito reprodutivo das mulheres e, ainda, para praticar uma medicina que se encaixa nos parâmetros de uma prática “promíscua entre o público e o privado”.

Bibliografia

- ALDANA, Myriam. Sexualidade e reprodução. Da natureza aos Direitos: a incidência da Igreja Católica na tramitação do PL 20/91- Aborto Legal – e PL 1151/95 – União Civil entre pessoas do mesmo sexo. Tese (doutorado) Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC, Florianópolis, SC, 2005. Orientadoras: Joana Maria Pedro e Miriam Pillar Grossi.
- ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sonia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.) *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, Sp: Editora da Unicamp, 2003.
- BALTAR DA ROCHA, Maria Isabel. A Discussão Política sobre Aborto no Brasil: uma síntese. Núcleo de Estudos de População/Unicamp. Fazendo Gênero VII. ST: Aborto: Conquistas e Desafios, UFSC, agosto/2006.
- BAIRD, Robert e ROSENBAUM, Stuart. *The Ethic of abortion: Pro-life & Pro-choice*. BAIRD, Robert e ROSENBAUM, Stuart (Edt.), Prometheus Books, Buffalo, New York, 1989.
- BARSTED, Leila. O movimento feminista e a descriminalização do aborto. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 2, 1997. p. 397.
- _____. Legalização e descriminalização do aborto no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 0, 1992. p. 106.
- BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- CAPRARA, Andrea. “Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença”, in: ALVES, Paulo C & FREUND, Julien. *Sociologia de Max Weber*. 5ª Edição, Forense Universitária, 2000.
- GALLI, Beatriz; GOMES, Edlaine e ADESSE, Leila. “Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção”. *Ipas Brasil*, Ed. N. 25 set/out, 2006. <http://www.ipas.org.br/>
- GIDDENS, Anthony. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. “A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo: conquistas, ressalvas e perspectivas”. In: Ilha, Revista de Antropologia, Florianópolis, vol. 7, n. 1 e 2, julho e dezembro de 2005.

GEERTZ, Clifford. A Interpretação as Culturas. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1978.

GOLDBERG, Anette. Feminismo e Autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFSC/UFRJ, outubro, 1987. Orientadora: Alice Rangel de Paiva Abreu.

HERITIER, Françoise. “Masculino/Feminino” – in: ENCICLOPÉDIA EINAUDI n. 20, Parentesco, Lisboa, Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 1989.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*, 2-23-36, 1991.

LANGDON, Esther Jean. “Breve Histórico da antropologia da Saúde. In: A Negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Sion no contexto Pluri-Etnico. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005b.

PINTO, Céli Regina Jardim. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo, editora Perseu Abramo, 2003. (Coleção História do Povo Brasileiro)

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: Educação & Realidade, v. 15, nº 2, jul/dez. 1990.

SPERBER, Dan. O saber dos Antropólogos. Lisboa, Edições 70, 1992.

TESSARO, Anelise. Aborto Seletivo: descriminalização e avanços tecnológicos da medicina contemporânea. Curitiba. Juruá. 2002.

WEBER, Max. A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo. 7ª Edição, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1992.

Sites na Internet

<http://www.portalmedico.org.br/objecaodeconsciencia//> acesso em 10/12/2007.

Campanha da fraternidade 2008: síntese dos objetivos e dos argumentos da igreja católica.

<http://www.mulheresdeolho.org.br> // acesso em 09/03/2008.

OAB defende plebiscito sobre a legalizacao do aborto. 26/03/2007.

<http://conjur.estadao.com.br/> acesso em 12/02/2008.

Referendo da IVG dia 11 de Fevereiro «Sim à Despenalização – Fim do aborto clandestino e dos julgamentos». Acesso em 15/02/2007.

<http://www.avante.pt/> acesso em 02/03/2008

Médicos portugueses ainda se recusam a fazer aborto. 14/07/2007.

<http://www.agencialusa.com.br/> acesso em 14/12/2007. LEITE, Leonardo. Aborto.

http://www.ghente.org/questoes_polemicas/aborto_textoleo.htm. Acesso em 09/08/2007.

http://www.unifesp.br/spdm/hsp/comite_etica/medica.htm Código de Ética Médica. Resolução Cfm n. 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7. acesso em 25/04/2008.