

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**“Aborto Legal” e o “Cultivo ao Segredo”:
Dramas, Práticas e Representações de Profissionais de
Saúde, Feministas e Agentes Sociais no Brasil
e em Portugal**

ROZELI MARIA PORTO
ORIENTAÇÃO: MIRIAM PILLAR GROSSI

**FLORIANÓPOLIS
2009**

ROZELI MARIA PORTO

**“Aborto Legal” e o “Cultivo ao Segredo”:
Dramas, Práticas e Representações de Profissionais de
Saúde, Feministas e Agentes Sociais no Brasil
e em Portugal**

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutora
em Antropologia Social pela Universidade Federal
de Santa Catarina

Prof.^a Dra. Miriam Pillar Grossi - Orientadora

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

P853a Porto, Rozeli M.

Aborto legal e o cultivo ao segredo : [tese] : dramas,
práticas e representações de profissionais de saúde,
feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal
/ Rozeli Maria Porto ; orientadora, Miriam Pillar
Grossi. - Florianópolis, SC, 2009.
249 f.: Tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Inclui referências

1. Antropologia. 2. Antropologia social.
3. Profissionais de saúde. 4. Relações de gênero.
5. Aborto legal. 6. Feministas. 7. Dramas sociais.
I. Grossi, Miriam Pillar. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social. III. Título.

CDU 391/397

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ANTROPOLOGIA SOCIAL

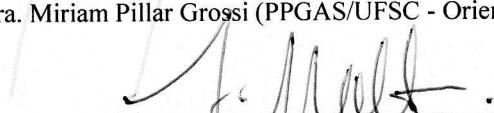
**“Aborto legal e o “cultivo ao segredo”: dramas, práticas e
representações de profissionais de saúde, feministas e
agentes sociais no Brasil e em Portugal”.**

ROZELI MARIA PORTO

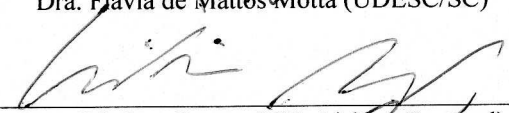
Orientadora: Dr^a Miriam Pillar Grossi

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de
doutor em Antropologia Social, aprovada pela Banca
composta pelos seguintes professores:

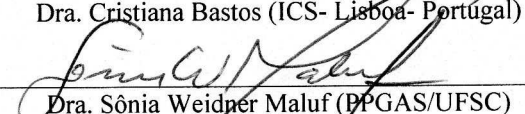
Dra. Miriam Pillar Grossi (PPGAS/UFSC - Orientadora)




Dra. Flavia de Mattos Motta (UDESC/SC)



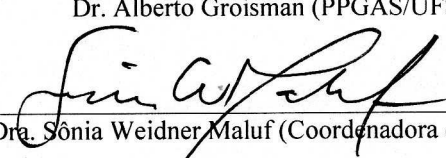
Dra. Cristiana Bastos (ICS- Lisboa- Portugal)



Dra. Sônia Weidner Maluf (PPGAS/UFSC)



Dr. Alberto Groisman (PPGAS/UFSC)



Dra. Sônia Weidner Maluf (Coordenadora do PPGAS)

Florianópolis, 04 de setembro de 2009.

**“Aborto Legal” e o “Cultivo ao Segredo”:
Dramas, Práticas e Representações de Profissionais de Saúde,
Feministas e Agentes Sociais no Brasil
e em Portugal**

Por

ROZELI MARIA PORTO

Tese aprovada como requisito para a obtenção do grau de Doutorado em Antropologia, tendo sido julgado pela Banca Examinadora formada pelos professores/as

Presidente: Prof.^a Dra. Miriam Pillar Grossi – Orientadora - UFSC

Membro: Prof.^a Dra. Cristiana Bastos, ICS/Universidade de Lisboa

Membro: Prof.^a Dra. Flavia de Mattos Motta, UDESC

Membro: Prof.^a Dra. Sonia W. Maluf, PPGAS/UFSC

Membro: Prof.^a Dr. Alberto Groisman, PPGAS/UFSC

Membro: Prof.^a Dra. Ilka Boaventura Leite, PPGAS/UFSC (Suplente)

Membro: Prof.^a Dra. Carmen Susana Torquinst, UDESC (Suplente)

Florianópolis, 2009

*Dedico este trabalho aos meus pais, Dulce e Vanildo (in memorian),
com todo o meu Amor e Carinho.*

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos seguem primeiramente a Artemio, meu amor, companheiro e amigo. Obrigada pela compreensão, pelo carinho e por cuidar de mim, principalmente nos momentos mais difíceis que enfrentamos nessa jornada.

Agradeço aos professores e colegas do Curso de Pós-graduação em Antropologia Social a troca de experiências, em especial aos/às professor@s Alberto Groisman, Ilka Boaventura Leite, Rafael Menezes Bastos, Sônia Maluf, Carmen Rial, Maria Regina Lisboa, Maria Amélia Dickie, Esther Jean Langdon, Oscar Calavia Saez, Antonella Tassinari, Theophilos Rifiotis, Márnio Teixeira-Pinto e Miriam Hartung todo o apoio e incentivo. Também às professoras Luzinete Simões Minella e Mara Lago, da linha de gênero do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC.

Agradeço à minha banca de qualificação, professoras Joana Maria Pedro e Flávia de Mattos Motta, a gentil contribuição teórico-metodológica durante este processo, bem como às/aos professor@s Cristiana Bastos, Sônia Maluf, Alberto Groisman, Ilka Boaventura Leite e Carmen Susana Tornquist, que fizeram parte desta banca de doutorado.

Agradeço com carinho à Secretaria do PPGAS – Karla Ferreira Knierim, Adriana Cândida da Silva Fiori e a Ana. Também agradeço a Fátima Pires, do Departamento de Antropologia, a ajuda durante meu “ritual de iniciação” como professora substituta na UFSC. Neste sentido, agradeço a confiança d@s professor@s Márnio Teixeira-Pinto, Antonella Tassinari e Miriam Hartung, @s quais fizeram parte da banca de seleção. Agradeço também às/aos professor@s Alberto Groisman e Esther Jean Langdon, com quem tive o prazer de trabalhar junto às turmas de Medicina. Meu muito obrigada aos alunos do Serviço Social, Psicologia e da Medicina – com el@s pude compartilhar um pouquinho do meu “saber”.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina a formação acadêmica com qualidade e gratuidade. Estar ligada à UFSC como aluna permitiu-me contar com o apoio, sob a forma de bolsa de Iniciação Científica, Mestrado, Doutorado e estágio sanduíche em Lisboa, das agências de financiamento CAPES e CNPq.

Agradeço, com muito carinho, ao NIGS – Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades –, o qual me proporcionou investimento e aprendizado. Junto a ele, agradeço à Fundação Ford o apoio e financiamento da Pesquisa “Mapeamento Nacional de Pesquisas e Publicações sobre Violências contra as Mulheres”. Ainda às/aos integrantes do NIGS, meu muito obrigada: Alinne Bonetti, Ângela Célia Sacchi, Ari Sartori, Camila Pinheiro Medeiros, Deborah Thomé Sayão (*in memoriam*), Eduardo Steindorf Saraiva, Gicele Sucupira, Gláucia

de Oliveira Assis, Karine Pereira Goss, Karla Galvão Adrião, Kátia Bárbara Santos, Miriam Adelman, Nayara Uber Piloni, Rita de Cássia Flores Müller, Sílvia dos Santos Fernandes, Simone Becker, Carla Giovana Cabral, Elisete Schwade, Francine Pereira Rebelo, Sara Raquel Nacif Baião e Wagner Xavier de Camargo. Com carinho muitíssimo especial, agradeço a Adriano Nuernberg, Flávio Luiz Tarnovski, Marcelo J. de Oliveira, Sônia Malheiros Miguel, Felipe Fernandes, Paula Pinhal de Carlos e Vinicius Kauê Ferreira.

Ao Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) agradeço a oportunidade em realizar o curso “Metodologia de Pesquisa: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva” e à Fundação FORD a concessão da bolsa de pesquisa para o desenvolvimento da primeira parte deste trabalho através do curso. Agradeço especialmente às professoras Maria Luiza Heilborn, Fabíola Rodhen, Estela Aquino, Elaine Brandão, Anna Paula Uziel, Laura Moutinho e ao João Francisco.

A Débora Diniz e Fabiana Paranhos da Ong ANIS agradeço o carinho e a atenção dispensados todas as vezes em que estive em Brasília.

Agradeço ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e aos professores João Pina Cabral, João Vasconcelos, Chiara Pusseti, Antonia Pedroso de Lima e à minha estimada orientadora Cristiana Bastos, bem como aos colegas de turma desta instituição. Agradeço ainda a Teresa Joaquim, da Universidade Aberta de Lisboa, aos componentes da Associação para o Planeamento da Família (APF), à Ordem dos Enfermeiros de Lisboa e a Manuela Tavares, da UMAR.

Um agradecimento muito especial a Maria Manuel Quintela, por ter-me hospedado seguidas vezes em sua casa, ter conseguido moradia para mim em Lisboa e por todas as vezes em que se dispôs a me ajudar nesta pesquisa. Obrigada pelos jantares e vinhos maravilhosos em meio a conversas que adentravam a madrugada. Obrigada mesmo, querida!

Agradeço às colegas Edlaine Gomes, Naara Luna, Greice Menezes, Susana Rostagnol, Marlene Tamanini, Maria Isabel Baltar da Rocha (*in memoriam*) e Raquel Menezes a troca de ideias em diversos congressos durante os anos de doutorado.

A tod@s @s profissionais de saúde, médicos e médicas, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas que colaboraram com minha pesquisa no Brasil e em Portugal, e cujos nomes, por uma questão ética, deixo em sigilo, meu muito obrigada pela solidariedade e apoio, que foram imprescindíveis para esta pesquisa.

Também agradeço e devo todo o meu respeito às mulheres que me procuraram para relatar seus processos de abortamento que se configuraram em verdadeiros dramas sociais, não somente durante esta pesquisa e depois dela como ainda em anos anteriores ao estudo.

Elas compartilharam comigo toda sua história de dor e sofrimento.

Meu muito obrigada também ao IEG (Instituto de Estudos de Gênero), à REF (Revista Estudos Feministas), à CDD (Católicas pelo Direito de Decidir), aos médicos Dr. Jorge Andalaft Neto, da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), e Dra. Simone Heineck (UFSC) e à Prof.^a Dra. Eleonora Menecuci de Oliveira (UNIFESP). Também agradeço à ANPOCS, à ABA, à RAM e ao Fazendo Gênero a oportunidade de apresentar meu trabalho de pesquisa e de coordenar e debater outros.

Agradeço ainda a meus/minhas querid@s amig@s Ângela, Carmen Luiz, Catarina, Everton Pereira, Irra, Fátima Weiss, Fernanda Cardozo, Fernando Taques, Gica, Gisele Dulesko, Gláucia de Oliveira Assis, Leandro Oltramari, Karin Henriques, Malu, Marco Aurélio, Myriam Aldana, Paula Sandriana dos Santos, Regina Bragagnolo, Tânia Welter, Vandinha, Gilmar, Maria e Valcionir.

Agradeço a Carmen Vera, Juliana Cavilha, Analba Brazão Teixeira, Claudia Ribeiro, Bernadete Grossi, Raquel Mombelli, Conceição Santos, Soninha Lourenço e Rosa Oliveira: super-hiper parceiras nesta jornada. Obrigadíssima, amigas! Como diz a Berna, vocês são minhas “amigas de infância”, de/para (vício antropológico) uma vida inteira. Em especial, quero agradecer às minhas amigas e irmãs Ana Maria Duarte e Maria Beatriz Leorato, que me acompanham nessa jornada desde os idos de 1991. Obrigada, amigas!

A minha querida orientadora Miriam Pillar Grossi, obrigada por todo o incentivo, aprendizado e pelas inúmeras oportunidades. Você foi (e é) uma pessoa muito importante em minha vida. Obrigada por todo carinho e pela ajuda nos momentos delicados que acompanhaste de minha história.

A meus amados pais, Dulce e Vanildo (meu pai querido que partiu meses antes deste momento tão esperado), um obrigado SUPER especial. Sem o apoio incondicional de vocês, eu não teria chegado até aqui. Agradeço às minhas irmãs Liliane, Kika, Melina, Márcia e ao meu único e amado irmão Vanildo Filho; aos cunhados, Beto, Jô e Lúcia; aos sogros Pedro e Hermínia (*in memoriam*); e aos meus sobrinhos, Lucas, Cris, Thiago, Merjorie, Victor (meu fofo e lindo), Christian (gordo), Sofia, Carol, Rodrigo, Charbel e Thaís (em especial a você, Tata. Tá?).

Impossível realizar uma pesquisa e escrever uma tese sem contar com a solidariedade de uma rede composta por familiares, amig@s, colegas, professor@s, orientador@s, colaborador@s e instituições. Meu muito obrigada e respeito a tod@s.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo investigar as lutas e debates pelo aborto legal no Brasil e em Portugal a partir de diferentes observações, práticas, representações e discursos, cujos centros são os serviços de saúde e a relação com os/as profissionais biomédicos/cas, feministas e outros/as agentes. A tese aponta que o aborto, mesmo em situações permitidas por lei, continua objeto de *segredo* e de ocultação devido à forte carga simbólica que o feto, enquanto *pessoa*, adquire nessas sociedades ocidentais contemporâneas. Também se observa que concepções de senso comum e de senso(s) religioso(s) a respeito dos direitos das mulheres e do feto entram em choque nestes dois países, algo que se inscreve na polêmica em torno do conceito de “vida”, além de concepções que circulam nas tensas relações entre gênero e poder. Metodologicamente, o assunto foi investigado num campo multissituado a partir de entrevistas semiestruturadas, observação participante, conversas informais e pesquisas realizadas em jornais e revistas.

Palavras-chave: *aborto legal, profissionais de saúde, feministas, segredos, dramas sociais, noção de pessoa, relações de gênero*

ABSTRACT

This paperwork aims to investigate the struggles and debates concerning legal abortion in Brazil and Portugal from different observations, practices, representations and speeches, which centers are health services and the relationship with the biomedical professionals, feminists and others agents. The thesis suggests that abortion, even in cases permitted by law, remains the subject of secrecy and concealment due to strong symbolic charge that the fetus, as a person, acquires in these contemporary Western societies. It also can be observed that conceptions of common sense and religion in respect of women's rights and the fetus (Novaes and Salem, 1995, Salem, 1997) are in shock in these two countries. Something that fits in the controversy around the concept of "life", and concepts that circulate in the strained relationship between "gender and power" (Ortner, 1996). Methodologically, the matter was investigated in a field "multi-located" (Marcus, 1986; Bastos, 2002; Rial, 1992) from semi-structured interviews (Cardoso de Oliveira, 2000, Becker, 1993; Knauth and Victora, 2000), participant observation (Malinowski, 1978, Cardoso de Oliveira, 2000), informal conversations (Fonseca, 1998) and research carried out in newspapers and magazines.

Key-words: legal abortion, health professionals, feminists, secrets, social dramas, concept of person, gender relations

RESUMÉ

Ce travail vise à enquêter sur les luttes et les débats par un avortement légal au Brésil et au Portugal à partir de différentes observations, les pratiques, représentations et des discours, dont les centres sont des services de santé et de la relation avec les professionnels biomédicaux, féministes et autres agents. Notre travail vise à montrer que l'avortement, même dans les cas autorisés par la loi, reste l'objet du secret et de la dissimulation, grâce à la forte charge symbolique que le fœtus, comme une personne, acquiert dans les sociétés occidentales contemporaines. On peut noter également que les conceptions du sens commun et de la religion qui visent à respecter les droits de la femme et du fœtus (Novaes et Salem, 1995, Salem, 1997), sont en état de choc dans ces deux pays. Quelque chose qui s'inscrit dans la controverse autour de la notion de "vie", et les concepts qui circulent dans les relations tendues entre «genre et pouvoir» (Ortner, 1996). Méthodologiquement, la question a été étudiée dans un domaine "multi-situé» (Marcus, 1986; Bastos, 2002; Rial, 1992) à partir d'interviews semi-structurés (Cardoso de Oliveira, 2000, Becker, 1993; Knauth et Victora, 2000) , l'observation du participant (Malinowski, 1978, Cardoso de Oliveira, 2000), de conversations informelles (Fonseca, 1998) et de recherches effectuées dans des journaux et des magazines.

Mots-clés: avortement légal, les professionnels de la santé, les féministes, les secrets, les drames sociaux, le concept de la personne, les relations entre les sexes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A. Trajetória acadêmica e da construção do objeto de pesquisa	17
B. Referenciais teóricos: entre “Segredos”, “Dramas”, “Pessoas” e “Gênero”.....	22
C. Estrutura do Texto	25

CAPÍTULO I: REFLEXÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1 Um trabalho de campo além do tradicional	27
1.2 Questões éticas no trabalho de campo	33
1.2.1 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
1.3 O trabalho de campo no Brasil: o hospital como uma “Ilha”	38
1.3.1 Os nativos e as nativas brasileiros/as “da ilha” hospitalar	40
1.3.2 Os nativos e as nativas brasileiros/as de “fora da ilha” hospitalar	42
1.4 O trabalho de campo em Portugal: uma “ilha” sem “hospital”	43
1.5 Outros nativos, nativas e ilhas: Congressos, Seminários, Palestras e Oficinas	50
1.5.1 Sobre o recolhimento de dados na imprensa: jornais, revistas e internet	51

CAPÍTULO II: PANORAMA SOBRE O ABORTO NO BRASIL: ENTRE OS FEMINISMOS E “EXCOMUNHÕES”

2.1 Questões Políticas/Feminismos: a descriminalização do aborto no Brasil	56
2.1.1 Anos 70: Feminismos e a Ditadura Militar – o silêncio sobre o aborto	56
2.1.2 Anos 80: Feminismos em meio ao contexto da democratização – direitos reprodutivos e sexuais	61
2.1.3 Anos 90, mobilizações feministas e projetos de lei “pró” e “contra” o aborto	65
2.1.4 Feministas nos anos 2000: demandas em votação pela descriminalização do aborto	69
2.2 Aborto: “defesa da “vida” x “problema de saúde pública”	73
2.2.1 As “indiciadas” em Mato Grosso do Sul	77
2.2.2 ... E as/os “excomungadas/os” em Pernambuco	79
2.2.3 A “excomunhão” da “vítima”	80
2.2.4 A “excomunhão” do bispo	82

CAPÍTULO III: PANORAMA SOBRE O ABORTO EM PORTUGAL: DOS JULGAMENTOS À DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

3.1 O aborto em Portugal	89
3.1.1 Anos 70: reivindicações em movimento(s)	89
3.1.2 Anos 80: a lei que não “despenalizou a clandestinidade”	90
3.1.3 Quebrando o silêncio nos anos 90 e “a armadilha” do Referendo	92
3.1.4 Pós-referendo de 1998 e o Julgamento da Maia	94
3.1.5 O referendo em 2007: a escolha portuguesa pelo “sim” e a descriminalização do aborto	97
3.2 A atual situação do aborto em Portugal	103
3.2.1 O pós-referendo em Lisboa	103
3.2.2 Profissionais de saúde lusitanos e a Objeção de Consciência	106
3.2.3 A aplicação da lei da IVG em 2009	110

CAPÍTULO IV: ESTUPRO E ABORTO LEGAL: OBSERVAÇÕES DE CAMPO NO BRASIL E EM PORTUGAL

4.1 O hospital/maternidade brasileiro e o aborto no cotidiano hospitalar	116
4.1.1 Dilemas de um “latipsoh” frente ao aborto legal	118
4.1.2 Hospital de Referência, Profissionais de Saúde, Feministas e demais atores/as sociais: dilemas e controvérsias no atendimento	122
4.1.3 A Expansão dos serviços de aborto legal na maternidade: o princípio do “Cultivo ao Segredo”	129
4.2 O “Gênero do Segredo” e o “Segredo de Gênero”	132
4.3. Entre segredos e controvérsias: profissionais de saúde e o caso da menina <i>Estrela</i>	135
4.3.1 Aborto e controvérsias sobre o <i>falso-estupro</i>	141
4.3.2 <i>Falso-estupro</i> e a exigência dos Boletins de Ocorrência	143
4.4 Aborto por estupro em Portugal	147

CAPÍTULO V: PESSOA, FETO E ABORTO: REPRESENTAÇÕES DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

5.1 Desacordos sobre o início da vida e sobre o estatuto moral de “pessoa humana” .	154
5.1.1 Vida, (<i>dádiva</i>) e “Pessoa” <i>humana</i> : Teologia Feminista	156
5.1.2 Personificação da vida: o olhar do Direito	159
5.1.3 Perspectivas da Biomedicina e da Bioética	161
5.2 A relativização da categoria Pessoa: início da vida e humanização ameríndia	163
5.3 Malformações fetais, tecnologias e o impacto na revelação dos “segredos” do feto	170
5.4 Profissionais de saúde e malformação fetal: representações sobre “vida”, “Pessoa” e outras construções	175
5.4.1 a. Profissionais que são a favor do aborto por malformação e o realizam	176
5.4.2 b. Profissionais que são a favor do aborto por malformação mas não o realizam ou têm dúvidas sobre realizá-lo	177
5.4.3 c. Profissionais que são contra o aborto por malformação e efetivamente não o realizam	180
5.4.4 d. Profissionais que são contra o aborto por malformação mas o realizam	181

CAPÍTULO VI: ABORTO, MALFORMAÇÃO FETAL E BATIZADO DE FETOS VIVOS: DOIS CASOS DE DRAMAS SOCIAIS

6.1 Medicalização e metodologia do Aborto	186
6.2 Drama Social e Cultura Local: aborto terapêutico por malformação incompatível com a vida	188
6.3 Malformações inviáveis: o caso Rafaela e o “inesperado” sobre o “inesperado” ...	191
6.4 A IVG, o nascimento de fetos vivos e o batizado ritual em Lisboa	197
6.5 Em nome do “anjo”: IVG e o batizado de <i>Rosarinho</i>	206
6.6 Batismo: contraposição ao Segredo?	208

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	213
--------------------------------------	-----

8. BIBLIOGRAFIA	223
------------------------------	-----

9. ANEXOS 249

Anexo 1: Sinopse Filmes: “Uma História Severina”. 2005. ANIS. Brasil; “Quem São Elas”. 2006. ANIS – Brasil; “*Habeas Corpus*”. 2005. ANIS. Brasil; “A Margem do Corpo”. 2006. ANIS. Brasil.

Anexo 2: Sinopse Filmes: “A Decisão de Rita”. 1997. CDD. Brasil; “Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas”. 2004. CDD. Brasil; “Aborto: Um Tema Em Debate”. 2005. CDD. Brasil.

Anexo 3: Sinopse Filme: “O Aborto dos Outros”. 2007. Brasil.

Anexo 4: Sinopse Filme: "Falar Disso". 2007. APF. Portugal.

Anexo 5: Sinopse Filme: “Quatro Meses, Três Semanas E Dois Dias”. 2007. Romênia.

Anexo 6: Sinopse Filme: O segredo de Vera Drake. 2004. Inglaterra.

Anexo 7: Panfleto Jornadas Pelo Aborto Legal e Seguro.

Anexo 8: Campanha “Anencefalia”. CEPIA e CNDM. 2009.

Anexo 9: Campanha "Criminalizar o aborto resolve? Vai pensando aí". IPAS. 2009.

Anexo 10: Campanha APF. “Interrupção Voluntária da Gravidez: Direito de Escolha”. 2009.

Anexo 11: “Fluxograma da Rede de Atendimento às vítimas de violência sexual no Município de Florianópolis”.

Anexo 12: Representantes Comissão Tripartite. 2005.

Anexo 13: Carta Denúncia Sobre Perseguição e Tentativa de Criminalização por Defender a Autonomia e os Direitos das Mulheres. CDD. 2009.

Anexo 14: A carta de Lula aos bispos brasileiros. 2005.

Anexo 15: Fotos Campanha Referendo Portugal/2007.

Anexo 16: O que é anencefalia?

Anexo 17: Tabelas de Informantes: Brasil e Portugal

10. GLOSSÁRIO

ABI: Associação Brasileira de Imprensa
AC: Alojamento Conjunto
AMB: Articulação de Mulheres Brasileiras
ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
APF: Associação para o Planejamento da Família
BO: Boletim de Ocorrência
CMB: Centro da Mulher Brasileira
CCR: Comissão de Cidadania e Reprodução
CO: Centro Obstétrico
CPB: Código Penal Brasileiro
Coletivo Leila Diniz: Ong Feminista brasileira
CDD: Católicas pelo Direito de Decidir
CFEMEA: Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CISMU: Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher
CLAM: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Reprodutivos
CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNBB: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CSSF: Comissão de Seguridade Social e Família
CONEP: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DC: Diário de Campo
DIU: Dispositivo Intrauterino
DST: Doença Sexualmente Transmissível
FEBRASGO: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IBOPE: Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
ICS/UL: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
IEG: Instituto de Estudos de Gênero
IML: Instituto Médico Legal
IMS: Instituto de Medicina Social
ILG: Interrupção Legal da Gravidez
IPAS: Ong feminista internacional
IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez
MS: Ministério da Saúde
ONG: Organização Não-Governamental
ONU: Organização das Nações Unidas
PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RAIVVS: Rede de Atendimento às vítimas de violência sexual
UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina
UMAR: União de Mulheres Alternativa e Resposta
SOS CORPO:- Instituto Feminista para a Democracia – Ong feminista brasileira
SPM: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
STF: Supremo Tribunal Federal
THEMIS: Assessoria Jurídica a Estudos de Gênero – Ong feminista brasileira

11. LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01: Notícias investigadas via <i>on-line</i> e recebidas por e-mail.....	53
Tabela 01: Projetos de Lei apresentados pelos Partidos Políticos à Assembleia da República nos anos 80.....	91
Tabela 02: Referendo sobre o Aborto em Portugal/1998 – Resultados	94
Tabela 03: Referendo sobre o Aborto em Portugal/1998/2007 – Resultados	98
Quadro 02/2a: Inquérito APF.....	111
Quadro 02b: Inquérito APF.....	112
Quadro 02c: Inquérito APF.....	113
Quadro 3: CDD-Br/Pesquisa Aborto Legal nos Hospitais Públicos Brasileiros, 2006...	121

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo ampliar o conhecimento de que dispomos sobre as práticas e representações¹ de profissionais da saúde, feministas e outros agentes sociais a respeito do “aborto legal”², ou seja, do aborto³ permitido em lei no Brasil e em Portugal. Na pesquisa em questão, o assunto foi investigado em um campo “multissituado” (MARCUS, 1986; BASTOS, 2002; RIAL, 1992) a partir de “viagens” que empreendi a alguns lugares do Brasil e também entre esses dois países – lugares que, independentemente da distância entre “uns” e “outros”, demonstraram a complexidade de seus *segredos* (SIMMEL, 1939) relativos a esse discutido e polêmico tema que diz respeito, sobretudo, à sexualidade e à saúde das mulheres.

A. Trajetória acadêmica e da construção do objeto de pesquisa

Meu entusiasmo em estudar o tema aborto remonta a uma série de trabalhos que realizei ao longo de minha trajetória acadêmica. Primeiramente, fui apresentada aos estudos de gênero ainda na graduação em Ciências Sociais, área em que me bacharelei em 1996 com Trabalho de Conclusão de curso no campo da religião sob a orientação do Prof. Alberto Groisman⁴. Algum tempo depois, ingressei no Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades⁵ como bolsista de iniciação científica e, ao mesmo tempo, passei a realizar disciplinas no curso de Pós-Graduação em Antropologia como aluna especial⁶.

Nesse período, elaborei vários trabalhos que tinham as relações de gênero como foco – gênero, religião e parentesco, violências e relacionamentos afetivo-conjugais –, utilizando diferentes técnicas de investigação, como análise de filmes e entrevistas. Neste Núcleo,

¹ Utilizo aqui o conceito de *representações* seguindo os apontamentos que Sperber (1991) propicia para o tratamento de *interpretações e representações*.

² Para fins deste trabalho, utilizarei o termo “aborto”, aborto terapêutico/legal, interrupção da gravidez/gestação, referindo-me ao aborto por estupro e/ou por anomalias graves no Brasil. Para Portugal, utilizarei o termo IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez.

³ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), <http://www.anvisa.gov.br/auxilio/sites/inter.htm>, o abortamento deve ser considerado como a interrupção voluntária ou não da gravidez até a vigésima semana ou com um conceito pesando menos que 500 gramas (nos casos em que a idade gestacional é desconhecida). O termo “aborto” refere-se mais precisamente ao produto da concepção eliminado da cavidade uterina ou abortado, enquanto o termo “abortamento”, mais aceito pelos médicos, diz respeito ao processo que ameaça a gravidez e pode culminar ou não na perda gestacional.

⁴ “A Construção da Identidade dos Médiuns em Centros Espíritas Kardecistas”. TCC/CFH/UFSC, 1996.

⁵ O NIGS – Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades – é coordenado pela professora Dr^a. Miriam Pillar Grossi e está localizado no Laboratório de Antropologia Social da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina.

⁶ Já formada em Bacharelado em Ciências Sociais, voltei à UFSC como aluna de Licenciatura, ingressei no NIGS como bolsista PIBIC e, neste período, passei a frequentar as atividades do PPGAS-UFSC, inicialmente como aluna especial.

realizei, como pesquisadora de Iniciação Científica do CNPq, um levantamento bibliográfico sobre o tema “Violência contra as Mulheres no Brasil”, adquirindo, para esta pesquisa, vasta bibliografia. Para isso, analisei tanto livros e artigos de autores conhecidos como trabalhos inéditos de alunos da graduação e do mestrado de várias universidades do país, produzidos entre os anos de 1995 e 1999 em disciplinas como Antropologia, Direito, Sociologia, Jornalismo, Serviço Social, etc⁷.

Ingressei efetivamente no Mestrado em Antropologia Social desta mesma Universidade no ano 2000, sendo que, em minha dissertação, intitulada “Gravidez e relações violentas: representações da violência doméstica no município de Lages/SC”, o tema aborto foi recorrente em várias situações.

Ao investigar as relações afetivo-conjugais violentas durante a gravidez⁸, pude constatar que a gestação representava, em alguns casos, ser indesejada, principalmente quando se tratava da segunda, terceira ou de gravidez subsequente. Algumas mulheres passaram pelo que a literatura feminista denomina “estupro conjugal” (GROSSI e BRAZÃO, 2000), mantendo relações sexuais forçadas com seus próprios companheiros e engravidando devido a essas situações. Do mesmo modo, a ameaça dos companheiros – tanto física quanto psicológica – em relação a dúvidas em torno da paternidade era algo constante nessas relações violentas. A perspectiva em realizar um aborto se fez presente para minhas informantes, embora todas mantivessem opinião desfavorável ao assunto. Constatava, já naquele momento, o quanto a temática do aborto era um tema tabu que mobilizava intensamente minhas interlocutoras.

Após a realização do mestrado, tive a oportunidade de participar da pesquisa “Mapeamento Nacional de Pesquisas e Publicações sobre Violências contra as Mulheres” junto ao NIGS e com apoio da Fundação Ford. Essa pesquisa teve como objetivo a realização de um levantamento de trabalhos (monografias, dissertações e teses sobre violências contra as mulheres) defendidas entre os anos de 1975 e 2005 no âmbito dos Programas de Graduação e

⁷ Esse levantamento bibliográfico foi publicado no livro “Histórias para contar - Diagnóstico da Violência Física e Sexual Contra o Sexo Feminino em Natal”, pesquisa realizada por Analba Brazão Teixeira e escrita em parceria com o NIGS sob coordenação de Miriam Grossi.

⁸ Utilizo aqui as categorias “gravidez” e “maternidade” no sentido referido por PAIM (1998, p.33) “...a gravidez e a maternidade não são apenas indícios do desempenho de uma atividade biológica, ou seja, natural. Constituem também eventos culturais: são submetidos a uma construção simbólica que se impõem aos indivíduos. Por esta razão, seus estudos tornam-se relevantes para a Antropologia”.

Pós-graduação localizados em diferentes regiões do Brasil, a partir do qual tive acesso a bibliografias sobre violência sexual e aborto⁹.

Ainda participei do “Curso de Aperfeiçoamento em Metodologia de Pesquisa: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva”, promovido pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro IMS/UERJ¹⁰ (2004/2005). Neste curso, fomos incentivados a construir um projeto de pesquisa com recorte direcionado ao tema deste programa – gênero, sexualidade e saúde reprodutiva.

Como o tema aborto havia sido recorrente em minha pesquisa de mestrado, resolvi explorar o assunto acompanhando a implementação do “Protocolo de Atenção às vítimas de violência sexual” no município de Florianópolis – que faz parte das Normas Técnicas do Ministério da Saúde, como veremos adiante –, decidindo iniciar uma rápida investigação em um dos hospitais da rede pública de saúde deste município.

À época, pude averiguar, segundo conversa informal com algumas profissionais de saúde, que os procedimentos previstos no citado protocolo estavam sendo normalmente administrados (pílula de anticoncepção de emergência, prevenção a DST/AIDS, apoio psicológico, etc.). Porém, verifiquei, a partir da fala dessas mesmas profissionais, que não existia uma equipe multidisciplinar devidamente treinada para realizar o aborto legal (art. 128, II, CP) caso a gravidez resultasse de violência sexual. Além disso, outro problema enfrentado pelas funcionárias do hospital e também pelas gestantes dizia respeito ao aborto por “anomalia fetal grave”, ou seja, a interrupção do processo de gravidez com a consequente morte do feto por ele ser portador – segundo minhas interlocutoras – de “anomalias graves e irreversíveis”.

Esses dados causaram-me muitas inquietações e foi a partir deles que desenvolvi o projeto de pesquisa para o IMS/UERJ tratando sobre as representações dos “Profissionais de saúde e aborto seletivo em um hospital público em Santa Catarina”¹¹. As entrevistas e os dados recolhidos nesta investigação constituem parte do corpus de análise desta tese a respeito das práticas de aborto legal no Brasil. As informações foram ampliadas a partir de entrevistas com profissionais de saúde e feministas em São Paulo e do retorno a este hospital/maternidade em Santa Catarina, onde empreendi observação participante noutro

⁹ Foram publicados dois livros a respeito dessa pesquisa: “Gênero e Violência: pesquisas acadêmicas brasileiras (1975-2005)”, e “Depoimentos: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência”, livros organizados por Miriam P. Grossi et al., 2006.

¹⁰ Este curso foi coordenado por Maria Luiza Heilborn e Fabíola Rhoden.

¹¹ Artigo posteriormente publicado no livro “Sexualidade, Reprodução e Saúde”, organizado por Maria Luiza Heilborn et al e publicado pela Editora Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 2008.

momento da pesquisa de campo, em 2007. Aliás, um dos elementos que me instigou a realizar pesquisa efetivamente neste hospital deve-se justamente ao fato de esta instituição estar fora das estatísticas e pesquisas sobre aborto legal no Brasil (Pesquisa Ibope/CDD, 2006). E minha pesquisa buscou, dentre outros objetivos, refletir e analisar a forma como este protocolo estava sendo implantando neste hospital/maternidade estudado.

Concomitantemente, decidi realizar meu doutorado sanduíche no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa em Portugal. Nesse período (2006), já havia desenvolvido parte da pesquisa documental e etnográfica no Brasil e resolvi dar continuidade a esta investigação numa pesquisa exploratória sobre o aborto em Portugal.

Fiz um amplo levantamento hemerográfico em jornais portugueses através da internet e encontrei várias notícias sobre o aborto. E, para minha surpresa, uma dessas notícias falava sobre um referendo popular que estava previsto para ser realizado em fevereiro de 2007, tendo por finalidade descriminalizar (ou não) o aborto naquele país. Este foi o ponto de partida de minha investigação em Portugal. Por obra do “acaso” (PEIRANO, 1995), a notícia do referendo me fez optar por uma pesquisa “comparativa” – pelo menos sobre aquilo que se poderia comparar, tomando cuidado em perceber que cada uma dessas realidades possuiria, para análise, complexidades diferenciadas – sobre o aborto legal nos dois países, ao perceber que, resguardadas suas diferenças, o tema da descriminalização do aborto suscitava acaloradas discussões entre movimentos religiosos, feministas, ONGs, políticos e outros profissionais. Tais questões apontavam dilemas e controvérsias passíveis de serem estudadas e aprofundadas para esta investigação.

A partir daí, a problemática de minha pesquisa apontou para a regulamentação do Estado, para o aparato jurídico, para os movimentos feministas e religiosos e para as práticas médicas relativas ao aborto legal em estudo “comparativo”¹² entre Brasil e Portugal, guiados por quatro eixos centrais para a investigação:

1. Análise da mudança e da aplicação dos casos previstos em lei de aborto legal nos dois países (Normas Técnicas instituídas pelo Ministério da Saúde em 2005 no Brasil; análise das práticas de profissionais de saúde em serviços que praticam aborto legal em ambos os países).

¹² Vou colocar o termo “comparar”, como em estudo “comparativo”, entre aspas, pois projetei meus esforços para apresentar informações importantes à reflexão em ambos os contextos, comparando o que foi possível comparar sobre o aborto legal entre essas duas realidades.

2. Papel do Judiciário na ampliação de casos de aborto (a exemplo da liminar expedida no Brasil pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal Marco Aurélio de Melo em julho de 2004 permitindo o aborto de feto anencefálico).

3. Acompanhamento das lutas legais pela descriminalização do aborto no Brasil e em Portugal (Comissão tripartite instalada em 2005, com o objetivo da revisão legislativa do aborto que consta no CPB¹³ no Brasil; referendo realizado em 2007 em Portugal).

4. Acompanhamento e análise dos conflitos envolvendo movimentos feministas e grupos religiosos no que diz respeito à questão do aborto.

Meus questionamentos, à época, giravam em torno desses eixos centrais: quais seriam os maiores impasses e conflitos relativos ao aborto legal na opinião dos profissionais de saúde, sendo estes os sujeitos que estavam (e estão) diretamente envolvidos com esta questão? Tais profissionais estariam desencorajando essas mulheres a não realizarem o aborto nestes hospitais, sugerindo outros itinerários terapêuticos (LANGDON, 1994) direta ou mesmo indiretamente? Seriam as gestações nos casos de violência sexual e nos casos de anomalias fetais graves levadas a termo por influência de alguns destes profissionais? Se a religião exerce no Brasil uma influência tão forte para que o aborto não seja legalizado, como explicar sua legalização em determinados países como a Itália (e posteriormente em Portugal), onde a influência da igreja católica é a mesma ou ainda mais intensa do que no Brasil? Como explicar que as autoridades espanholas – tão católicas quanto brasileiras e italianas –, embora tenham uma lei restritiva, interpretem essa mesma lei de forma a preservar a saúde mental das mulheres permitindo o aborto pelo menos em clínicas particulares? Até que ponto, nos dois países estudados, preceitos religiosos interfeririam nas decisões dos profissionais de saúde para que realizassem o aborto? Por outro lado, existiria tal motivação? A “objeção de consciência” seria acionada como argumento na recusa ou no “descaso” na atenção ao aborto legal? Qual estaria sendo a participação dos movimentos feministas no Brasil em relação aos projetos de lei para mudanças no CPB e qual teria sido sua participação durante o referendo sobre o aborto em Portugal?

A partir destes e de muitos outros questionamentos, empreendi meu trabalho de campo, observando, perguntando, analisando e, em alguns momentos, apenas ouvindo

¹³ Outras ações foram efetivadas a respeito do aborto nesse período, conforme veremos adiante. Todavia, essas foram as que tiveram maior repercussão.

(CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000). E esse “deixar falar” do/a informante expressou múltiplos posicionamentos diante deste objeto de pesquisa, os quais vão além do “esperado”, que pode ser “inesperado”, como veremos nos casos relatados por minhas informantes.

Além disso, pontuo que, ao iniciar a escrita etnográfica, enfrentei mais dificuldades do que imaginara para representar as dimensões por mim experienciadas nesse trabalho de campo multissituado, concordando com Evans-Pritchard (1978: 45) em relação ao fato de que a batalha decisiva não se trava no campo, mas depois da volta dele. E nesse retorno, como bem lembra Paul Rabinow (1977: 5), o que fará de alguém “antropólogo/a” não será somente os dados objetivos que este trouxe, mas o grande trabalho será a “relação teórica” com esses “dados de campo”. Sendo assim, procuro situar, a seguir, tais diálogos teóricos, que foram imprescindíveis para a análise dos meus dados.

B. Referenciais teóricos: entre “Segredos”, “Dramas”, “Pessoas” e “Gênero”...

Busquei, dentre os múltiplos referenciais teóricos, alguns que conseguissem orientar meu raciocínio etnográfico para a análise antropológica deste trabalho. Acabei por me inspirar especialmente na instigante análise sobre o *segredo* de George Simmel (1939)¹⁴, o qual retrata a dimensão do *segredo* enquanto dissimulação de certas realidades.

O *segredo* perpassa as múltiplas situações nessa análise, demonstrando o caráter possivelmente proibitivo em relação ao aborto “legal” ou “ilegal”. Do “caráter privado” do *segredo* à sua “publicização”, ele gera diferentes práticas e representações dos/das sujeitos/as e instituições envolvidos/as na pesquisa, as quais se transformam em dilemas e controvérsias normalmente “omitidos”, “postergados”, “semirrevelados” ou “semirrealizados” por estes sujeitos, sugerindo, durante todo o tempo, esse *cultivo ao segredo*, situação com que nos vamos deparar, por exemplo, na análise do aborto legal do hospital/maternidade pesquisado diante da omissão, da dificuldade do acesso às informações. Ainda ao ser revelado, sugere outras consequências, como “perseguição às mulheres”, “julgamentos” e “prisões”, conforme será demonstrado no panorama sobre o aborto no Brasil e em Portugal. Também, a importação das tecnologias de imagem acaba por “violiar”, em parte, o *segredo* da “vida”, pois introduz “certezas” e manipula “dúvidas” sobre os diagnósticos de malformação fetal, os quais incitam, em muitos casos, a realização do aborto, que consequentemente se torna um

¹⁴ “El secreto y la sociedad secreta”, 1939.

segredo camuflado devido às leis que vigoram principalmente no Brasil – *segredos* que iremos reconhecer nas discussões efetuadas nos dois últimos capítulos.

Nessa direção, Victor Turner (1974) se configura como outro teórico inspirador para essa análise. Quando desvendado *o segredo simmiliano*, sobretudo através das tecnologias de imagem evidenciando a malformação fetal, tal diagnóstico causa frustrações e cria rupturas inesperadas numa sequência relativa ao que Turner (1974) vai denominar de “drama social”. Tal drama poderá ser observado no caso da menina de 9 anos grávida de gêmeos do padrasto em Alagoinhas/PE e da garota de 13 anos que acompanhei no hospital/maternidade em SC. Ambas, não sem dificuldades, realizaram o aborto legal por terem sido estupradas. O drama social do aborto ainda é referido diante de gestações inviáveis vividas por duas mulheres, uma no Brasil e outra em Portugal, as quais passaram pelas quatro fases principais de ação pública sugeridas por Turner – *Breach of regular; Crisis, Redressive action, Reintegration* – e que discutirei adiante. Este mesmo autor, junto a Mary Douglas (1976), ainda foi inspirador na análise do batismo de *Rosarinho*, no que diz respeito à apreciação de seu “rito de passagem” do “profano ao sagrado”.

A concepção de “pessoa”, do mesmo modo, tornou-se imprescindível para a apreciação dos dados de campo. Iniciando a análise através do clássico estudo de Marcel Mauss (2003), utilizei outros/as autores/as para criar um corpus teórico e demonstrar os encontros e desencontros de algumas disciplinas sobre o “início da vida” e sobre “o estatuto moral de pessoa humana”. Como o aborto, tanto “aqui” como “lá” (Geertz, 1989), divide opiniões entre os que são contra e a favor, a discussão sobre tal categoria é central e perpassa toda a tese.

Para complementar esse referencial, a categoria “gênero”, a que vou referir-me muitas vezes em justaposição à categoria *segredo*, será aqui compreendida através do que a antropóloga feminista Sherry Ortner (1996; 2007) denomina de “agência” como “formas de poder”. Ortner esclarece que a noção de agência possui dois campos de significados: um deles tem a ver com intencionalidade e com o fato de perseguir projetos; no outro, agência tem a ver com poder, com o fato de agir no contexto de relações de desigualdade, de assimetria e de forças sociais (embora observe que a agência nunca é somente um ou outro, mas que se entrelaça constantemente nessas relações)¹⁵. Contudo, a autora chama atenção para o fato de que o poder em si “é uma faca de dois gumes”, agindo de cima para baixo como “dominação”

¹⁵ Para Sherry Ortner (1996: 7-8/11), as formas anteriores de teoria social – estruturalismo, funcionalismo, marxismo – foram elaboradas sem um sujeito intencional e que a chamada pós-modernidade tem enfatizado, ente outras coisas, a fragmentação do sujeito pós-moderno.

e de baixo para cima como “resistência”. Observa que suas configurações são sempre construídas cultural e politicamente, trazendo as relações e práticas de poder para o centro das análises, a exemplo de atos de dominação, exercícios de autoridade, controle, violência, raiva, impotência, dor, luta, resistência, entre outros (1996: 4). Lembra, em sua análise, que a recusa do sujeito intencional e da “agência” são trabalhos contra os interesses políticos e intelectuais das mulheres, minorias pós-coloniais e outros sujeitos subalternos. Ela sugere que uma teoria orientada para a prática oferece uma forma de realçar a intencionalidade, os desejos e as posições dos sujeitos na vida social, acionando a “agência humana” (1996: 7-8/11). Ortner pontua que suas reflexões sobre agência fazem parte de um projeto mais amplo, centrado no que chama de jogos sérios (1996: 13). Ao se referir a tal noção, a autora procura dar nitidez a formas mais complexas de relações sociais, especialmente relações de poder, e a dimensões mais complexas da subjetividade dos atores e das atrizes sociais, envolvendo questões referentes a “intencionalidade” e “agência”. Nessa perspectiva, afirma que, nesse contexto do que tem chamado de jogos sérios,

A realização de projetos necessariamente acarreta, para alguns, a subordinação de outros. Mas estes outros, nunca completamente destituídos de agência, têm poder e projetos próprios, e a resistência (da mais sutil à mais evidente) sempre é uma possibilidade. Então, tanto a dominação quanto a resistência sempre estão, a meu ver, a serviço de projetos, da autorização ou do empoderamento para perseguir objetivos e fins culturalmente significativos, sejam estes para o bem ou para o mal...

Neste ponto, penso que a categoria gênero vista a partir destes “jogos sérios”, ou seja, a partir da ideia de desigualdade e de poder que atravessam tais projetos, sejam eles com significados de “intencionalidade” ou de “poder”, é substancial na compreensão das representações e práticas dos/as sujeitos/as envolvidos/as nesta pesquisa. Todos aqui perseguem projetos dentro de um mundo de dominação e de desigualdade, num âmbito de controle e exercícios de autoridade – no que diz respeito àqueles/as que são contra o aborto em qualquer circunstância e optam por integrar organizações pró-vida¹⁶ – e de resistências – que diz respeito àqueles/as que fazem parte dos grupos pró-escolha¹⁷, ou seja, os/as que são a favor de

¹⁶ Esse movimento defende a santidade de vida ou o direito à vida como valores universais. Procuram sua execução pela legislação ou provisões constitucionais. Originalmente, refere-se principalmente às campanhas antiaborto, mas agora cobre outros aspectos bioéticos, tais como eutanásia, clonagem humana, pesquisas de células-tronco e pena de morte. Ver Baird e Rosenbaum, 1989.

¹⁷ São denominados pró-escolha os movimentos que se declaram em defesa da dignidade da maternidade da mulher, quer em termos políticos, quer em termos éticos. O movimento defende os direitos reprodutivos, incluindo o acesso à educação sexual, acesso à interrupção voluntária da gravidez (também denominada aborto

a mulher decidir sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Do mesmo modo, penso que as próprias mulheres que optam pelo aborto, seja “legal” ou “ilegal”, podem fazer parte desse rol de resistências, o que as “empodera” e, ao mesmo tempo, pode levá-las a um jogo perigoso, especialmente no que diz respeito à clandestinidade (risco de morte, perseguição, preconceito) – um jogo de resistência muitas vezes contra a família, o Estado e a religião.

Nesse “jogo” de inspirações, outros/as autores/as foram aqui reunidos para a análise do trabalho e serão reportados tanto no capítulo metodológico quanto no corpo da tese.

Enfim, diante do contexto, observo que o objetivo da pesquisa foi o de investigar as lutas e debates pelo aborto legal no Brasil e em Portugal, a partir de diferentes observações, práticas, representações e discursos, cujos centros são os serviços de saúde e a relação com os/as profissionais biomédicos/cas, feministas e outros/as agentes. Acreditando que o tema aborto, assim como outros temas ligados a gênero e à saúde reprodutiva das mulheres, é assunto antropológicamente relevante, construí meu objeto de pesquisa conforme a trajetória descrita, fazendo de meus/minhas “trobriandeses/sas” (MALINOWSKI, 1982 [1929]) os/as diversos/as atores e atrizes sociais que participaram direta ou indiretamente desse processo de investigação.

C. Estrutura do texto

A tese está dividida em 8 partes. Inicia-se com a introdução, posteriormente parte para as reflexões teórico-metodológicas, seguidas pelos panoramas sobre o aborto no Brasil e em Portugal. São, então, discutidos os temas do estupro e do aborto legal, seguidos das análises sobre o aborto e malformações fetais que encerram, assim, a análise dos dados etnográficos. Por fim, seguem-se as considerações finais, bibliografia e anexo.

No capítulo introdutório, como visto, formulei a trajetória de minha pesquisa, aponte o objetivo geral da tese e assinalei alguns teóricos utilizados para análise deste trabalho.

No primeiro capítulo, apresento algumas reflexões em torno da metodologia, exponho minhas expectativas em relação às instituições e a informantes e aponto quais técnicas metodológicas foram utilizadas neste trabalho, tanto no Brasil como em Portugal. Discuto sobre as questões Éticas no Trabalho de Campo e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O segundo e o terceiro capítulos se compõem a propósito do Panorama Sobre o Aborto no Brasil e em Portugal relativo aos últimos 30 anos. É dado destaque principalmente às maneiras pelas quais os Movimentos Feministas, a Igreja Católica, o Estado e outras instituições se empenharam e se empenham politicamente sobre o assunto, demonstrando os desafios e as conquistas destas organizações desde o final dos anos 1970 até julho de 2009, momento quando finalizo a redação desta tese.

No quarto capítulo, discorro rapidamente sobre o abortamento no cotidiano hospitalar na maternidade pesquisada. Dou continuidade à discussão sobre os “dilemas e as controvérsias” do aborto legal no Brasil já iniciando uma análise sobre o *cultivo ao segredo* e sua relação, num primeiro momento, com o aborto legal através de Simmel (1939). Na continuidade, analiso um caso de estupro e aborto legal no hospital investigado, finalizando com um retorno às terras lusitanas numa discussão sobre o *segredo* do aborto por estupro em Portugal.

Apresento, no quinto capítulo, alguns fundamentos teóricos pertinentes ao tema aborto e malformação fetal, com a especificidade de relatar os encontros e desencontros de algumas disciplinas sobre o “início da vida” e sobre “o estatuto moral de pessoa humana”. Discuto a *revelação dos segredos* através das tecnologias de imagem e apresento, posteriormente, uma análise sobre as representações dos profissionais de saúde e a questão do aborto por malformação fetal.

Trato, no sexto e último capítulo, sobre o drama social vivido por algumas mulheres e profissionais de saúde em relação aos fetos que nascem vivos após a realização do aborto terapêutico. Especificamente, falo do caso “Rafaela” e de seu drama em realizar o aborto clandestino diante das dificuldades burocráticas para efetuar-lo em situação legal. Relato ainda os casos desses fetos que nascem vivos e são batizados pelas enfermeiras num “ritual de passagem” (TURNER, 1974) do “profano ao sagrado” (DOUGLAS, 1976).

Por fim, faço, nas conclusões, uma síntese das principais questões abordadas na tese, assim como aponto questões e pistas de pesquisa.

CAPÍTULO I

REFLEXÕES METODOLÓGICAS

1. 1 Um trabalho de campo além do tradicional

Falar em trabalho de campo leva o/a antropólogo/a inevitavelmente a identificar-se com alguns autores clássicos da antropologia, os quais incitam inspiração para o seu “fazer antropológico”. Sem dúvida, Bronislaw Malinowski pode ser considerado o autor mais famoso desta disciplina por ter realizado o clássico deslocamento físico-geográfico às ilhas Trobriand e consolidado o método etnográfico¹⁸ a partir da elaboração e da delimitação da observação participante. No entanto, a realização do trabalho de campo *à la Malinowski*, em que se poderia “viver na aldeia com nenhuma outra função que não seguir a vida nativa” (MALINOWSKI, 1922: 18), alterou-se profundamente.

Após a reviravolta pós-moderna – tão “crítica” e “criativa” como “dilacerante” e “perversa” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1988; PEIRANO, 1995; SAHLINS, 2004; PINA CABRAL, 2006) – os/as antropólogos/as acabaram por se “inspirar” no passado da disciplina, mas não exatamente a “reproduzi-la” (PINA CABRAL; 2006: 177).

O clássico trabalho de campo se transforma; e, conseqüentemente, o contexto de como se escreve sobre o/a “outro/a” também sofre alterações. Tal como Lévi-Strauss (1993: 37), os/as antropólogos/as perceberam os “desvios diferenciais” entre as culturas. Não sem embates ou discussões, os/as nativos/as transformaram-se nos/as “outros/as” e deixaram de ser apenas os/as “primitivos/as”, povos de culturas isoladas pertencentes a ilhas distantes (PEIRANO, 1995: 24).

Adentramos à casa de nossos/as vizinhos/as¹⁹, e, então, o pensamento múltiplo e singular tornou-se um paradoxo cada vez mais forte e potente nas ciências sociais,

¹⁸ Vagner Gonçalves da Silva (2000) nos lembra que Malinowski não foi o único a defender o trabalho de campo. Do mesmo modo, Franz Boas e autores evolucionistas, tais como Morgan – conhecido por seu excessivo trabalho de gabinete –, também defendiam a necessidade do trabalho etnográfico em primeira mão.

¹⁹ A reconfiguração desse foco fez com que nos defrontássemos com membros da nossa própria sociedade (MAGNANI, 2000:17). Diferentemente da escola de Chicago – que desenvolveu uma antropologia urbana tentando compreender o fenômeno urbano em si mesmo –, surge no Brasil uma nova etnografia “sobre nós mesmos”, tendo como seu maior “tradutor” o antropólogo Gilberto Velho (ver especialmente obras como *A Utopia Urbana* [1973] e *Nobres e Anjos* [1998]). Nessa perspectiva, temas ligados às religiões, às cidades, a sexualidades, a bairros, a mulheres, à família operária e/ou a camadas médias se tornaram relevantes politicamente. Para Eunice Durham (1986:19), o Brasil tratou de “pesquisas que operam com temas, conceitos e métodos da antropologia, mas que abordam o estudo de populações que vivem nas cidades. A cidade é, portanto, antes o lugar da investigação do que seu objeto”.

conduzindo a teoria a rumos diferenciados e inesperados: “agora somos todos nativos, e os que não estejam por perto são exóticos” – preconiza Geertz (1997: 226). E, nessa perspectiva, “não escapamos nem mesmo nós, antropólogos” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1988: 21)²⁰.

Mas, dentre essas transformações, as quais se instalaram entre os anos 20 e 60 do século XX (STOCKING, 1992), uma nova “ruptura” (GOLDMAN, 1995: 120) ou “crise” (PEIRANO, 1995:25) se instalou na história da antropologia.

Peirano (1982: 280-281) argumenta que os/as antropólogos/as da década de 70 se ressentiram da falta de paradigma, lamentando a ausência de um quadro teórico que substituísse o estrutural-funcionalismo dos anos 40 e 50. Uma das consequências, segundo a autora, foi a procura de uma redefinição do *métier do antropólogo*. Não sendo mais a antropologia entendida com uma “ciência natural”, a preocupação agora era definir se a antropologia se enquadrava ou não como ciência e quais seriam, então, seus objetivos. Daí, várias definições da disciplina surgiram: *tradução cultural, descrição, perspectiva, interpretação*, e outras foram propostas a partir dos chamados teóricos “pós-modernos”.

Várias críticas foram realizadas à forma clássica de se realizar trabalho de campo (CLIFFORD, 1986); e, com ela, também sofreram questionamentos a maneira pela qual os pesquisadores desapareceram em suas etnografias, ignorando suas experiências subjetivas (RABINOW, 1977), a ênfase à escrita de uma etnografia analógica (TEDLOCK, 1986), a autoridade etnográfica como uma certa forma de poder sobre o campo e sobre os/as “nativos/as” (CLIFFORD, 1998), a garantia de uma objetividade e cientificidade ao retirar-se do texto, seu caráter holístico e generalizado (MARCUS, 1986). Enfim, muitos dados estariam sendo perdidos ou alterados na transformação que incide entre a pesquisa de campo e o texto quando realizados aos padrões tradicionais (CALDEIRA, 1988: 138).

Empenhados na autocrítica dessas relações e na legalidade da pesquisa clássica, os pós-modernos intentaram para que “o resultado da pesquisa não fosse fruto de observação pura e simples, mas de um diálogo e de negociações de pontos de vista” (PEIRANO 1995: 29).

As soluções propostas por esse “modismo norte-americano” estariam em adotar uma medida “politicamente democrática” (FISCHER, 1985), em que as etnografias não mais seriam fadadas a um estilo analógico, e sim a um modelo dialógico/polifônico, reproduzindo uma plurivocalidade nos textos (TAUSSIG, 1999). Dessa forma, os “nativos/as”, agora transformados/as em sujeitos/as da pesquisa, seriam os/as “verdadeiros/as autores/as” das

²⁰ Ver, por exemplo, a pesquisa de Vagner Gonçalves da Silva (2000).

etnografias, em que a presença do/a antropólogo/a seria minimizada, diluída ou mesmo “ocultada” (CRAPANZANO, 1991).

Com todas as vozes postas em paralelo, o/a antropólogo/a não se encontraria mais numa situação privilegiada relativa ao cultivo de conhecimentos sobre o “outro/exótico” em suas experiências diárias.

Por certo, os pós-modernos parecem ter feito críticas pertinentes e significativas no que diz respeito à escrita etnográfica e à autoridade dos/as pesquisadores/as: respeitarem uma antropologia feminista denunciando que a experiência das mulheres tem sido significativamente excluída das narrativas etnográficas (CLIFFORD, 1986: 13; ver também ORTNER, 1996 e DIRKS, ELEY & ORTNER, 1993: 15) e valorizando suas relações subjetivas com os/as “nativos/as”. Todavia, por mais que a proposta dos pós-modernos possa ter parecido tentadora, o que chamaram de uma “crítica cultural” (MARCUS E FISCHER, 1986) não foi efetivada, embora algumas tentativas tenham sido feitas (CRAPANZANO, 1991; TAUSSIG, 1999).

Penso, como Cardoso de Oliveira (1988) e Mariza Peirano (1995), que estes ativistas da pós-modernidade realmente levantaram críticas relevantes, e concordo com boa parte delas. Porém, os pós-modernos acabaram por se perder ao quererem encontrar soluções sensatas. Eles não deveriam atemorizar-se diante da teoria voltando-se exclusivamente para uma auto-reflexão democrática a respeito do/a antropólogo/a no campo quanto ao modelo eloquente por meio do qual comunicarão seus resultados. Conforme nos lembra Cardoso de Oliveira (1988: 101), essa “nova antropologia” (nem tão nova ou recente) – seja ela “interpretativa”, “crítica”, “dialógica”, “alegórica” ou “pós-moderna” – poderia “resultar em seu desenvolvimento mais perverso”.

O próprio Geertz, que inspirou à época essa vertente pós-moderna, dizia-se insatisfeito com tais propostas e acabou por analisar essa crítica na perspectiva do papel “do autor” (GEERTZ, 1989). Argumentou que, na contemporaneidade, o que se percebe em relação às explicações dos povos “exóticos” é um certo “nervosismo” dos pós-modernos, os quais acabaram por produzir análises equivocadas e sem rumo (1989: 140). Geertz discordou das soluções apuradas por esses/as antropólogos/as, embora não discordasse da crítica à antropologia tradicional, com a qual também compactuo. “O autor”, para Geertz, deveria ter mais responsabilidade por suas interpretações e por seus textos. No entanto, ignorou algumas considerações sobre percepções políticas “do autor” e sobre sua possibilidade em definir “críticas culturais” (CALDEIRA, 1988: 155).

Diante dessa perspectiva, parece que a assimetria que se desenrola entre “nós” e os “outros” – ou entre “nós-eles”, conforme crítica de Nicolas Thomas (1991)²¹ – não encontra soluções para um contato mais democrático e menos autoritário, conforme proposto já há algum tempo pelos pós-modernos.

A antropologia, em sua contemporaneidade, acabou por alargar seus horizontes, perpassando “tribos distantes” ou “das cidades” (MAGNANI, 2000), indo ao encontro não somente de minorias subalternas, mas de uma antropologia que se desloca da periferia para o centro das “sociedades complexas” (VIVIEROS DE CASTRO, 2000 e que se preocupa com determinadas especificidades ligadas a etnias, a classes, a gerações e a gênero. Os objetos de análise, então, passam a ser “sujeitos analisantes”, críticos que interrogam os etnógrafos – seus escritos, sua ética, sua religião²² e sua política (ROSALDO, 1989).

Fazendo parte desse grupo de antropólogos/as que pesquisam nas cidades – ou, como diria Geertz (1978: 32), “nas aldeias” – acabei por “produzir” meu “campo” (APPADURAI, 1986; MAPRIL, 2006) ou “fazer meu terreno”²³ (PINA CABRAL, 2006) em meio às “sociedades” (ditas) “complexas” (GOLDMAN, 1999)²⁴.

Segundo Pina Cabral, esse espaço é “feito” porque ele “não estava lá antes” e, diferentemente da pesquisa empreendida pelos primeiros antropólogos em terrenos longínquos, observa que a lonjura para quem pesquisa “na metrópole” não está mais na distância empreendida, mas “em suas dobras”, em “sua complexidade” (CABRAL, 2006: 179).

Para esta investigação, realizei observação participante (MALINOWSKI, 1978), entrevistas semiestruturadas (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000) a partir do processo “bola de

²¹ O autor critica a visão do exotismo como “parte de uma etnografia canônica ensinada aos estudantes de graduação que acabam gerando construtos estereotipados de modos culturais, e aponta isto como sendo uma tendência que faz parte do próprio discurso etnográfico atual. A ‘diferença’ em si mesma estaria *incorporada* no procedimento acadêmico antropológico, constituindo-se num obstáculo prévio que impede a compreensão da pluralidade cultural” (THOMAS, 1991).

²² Tal análise da religiosidade se embasa no pensamento *durkheimiano*, que definia a religião enquanto representações de um sistema de crenças e práticas em relação ao sagrado, unindo, em uma mesma comunidade moral, todos os que a ela aderem (1989). “Religião” ainda é aqui percebida como identidade e pertencimento (DUARTE, 2005:141).

²³ Pina Cabral (2006: 179) observa que “fazer terreno”, “fazer etnografia” e “trabalho de campo”, embora sejam utilizados como sinônimos, possuem origens diferenciadas: a primeira se remete à noção francesa e ruralizante de “terrain”; a segunda, de origem inglesa, tem referências coloniais e assenta sobre noções de distanciamento e conquista da natureza; finalmente, a terceira remete historicamente para um discurso nacionalista romântico, representando ser mais genérica e erudita.

²⁴ Segundo Marcio Goldman (1999), “sociedades complexas” é hoje uma expressão que deve ser compreendida, como ocorre há muito tempo com “sociedades primitivas”, sempre entre aspas, ou seja, servindo apenas para designar “grosseiramente” um certo “campo de estudos”. Hannerz (1997) ainda chama atenção para que seja aprofundada a crítica sobre o que seja o conceito de “complexidade”.

neve” (BECKER, 1993; KNAUTH E VICTORA, 2000), diversos contatos e conversas informais (FONSECA, 1998).

A partir destas técnicas, tentei “traduzir” e/ou “desdobrar” tal “complexidade” envolta nas teias de significados (GEERTZ: 1978) que englobam diferentes atores/atrizes sociais na trama etnográfica (BASTOS, 2002: 152): Congressos e Seminários Feministas, Congressos de Antropologia e de Ciências Sociais, Palestras, Oficinas e recolhimento de dados na Imprensa geral e feminista²⁵ (jornais e internet). Além disso, realizei investigação na maternidade de um hospital no Brasil onde entrevistei **18 profissionais** de saúde em duas etapas²⁶: 5 médicos, 2 assistentes sociais, 10 enfermeiras e 1 enfermeiro (ainda conversei informalmente com outros/as tantos/as profissionais de saúde neste hospital). Empreendi viagem a São Paulo para realização de entrevistas com um médico no Hospital Jabaquara, uma socióloga na Unifesp, integrantes feministas da ONG Católicas pelo Direito de Decidir. Na continuidade da pesquisa em Lisboa durante meu doutorado sanduíche, foram ainda entrevistadas **9 profissionais de saúde**: 2 médicas (uma ginecologista/obstetra e outra clínica geral), 6 enfermeiras, 1 enfermeiro, uma professora que ministra aulas de estudos sobre mulheres e feminista de uma importante ONG lusitana, um/a representante da APF – Associação para o Planejamento da Família²⁷ – e um médico dono de uma clínica legalizada de abortos em Lisboa.

Ainda consegui acompanhar, em Florianópolis, o episódio de uma menina de 13 anos que realizou o aborto legal proveniente de um estupro. E, embora não estivesse em meus planos entrevistar mulheres que passaram pelo processo de abortamento, acabei por acompanhar a história de outra mulher que estava grávida de um feto com “anomalias fetais graves”. Assim como a garota de 13 anos, esta mulher submeteu-se a um aborto, porém recorreu à clandestinidade para realizá-lo.

A partir desse amplo lócus de pesquisa (BASTOS, 2002:152), recheado com a interlocução de múltiplos atores e atrizes sociais, tive a oportunidade de investigar as lutas e debates pelo aborto (legal) no Brasil e em Portugal, a partir de diferentes observações, práticas e discursos, cujo centro são os serviços de saúde e a relação com os/as profissionais biomédicos/as. Fui auxiliada, evidentemente, pelas técnicas metodológicas apropriadas para esta pesquisa: técnicas que acabaram por se inspirar nos moldes clássicos da disciplina, mas

²⁵ Recolhi dados de publicações eletrônicas feministas a exemplo IPAS Brasil, Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR), dentre outras.

²⁶ A primeira em 2005 e a segunda em 2007, como veremos adiante.

²⁷ A APF é federada na IPPF – International Planned Parenthood Federation –, a maior agência internacional de Planejamento Familiar de âmbito não governamental e a segunda maior agência de voluntariado em nível mundial. A APF desenvolve a sua atividade através de 7 Delegações Regionais – Açores, Alentejo, Algarve, Centro, Lisboa, Madeira e Norte –, bem como através dos seus serviços centrais em Lisboa.

que, ao mesmo tempo, adentraram numa perspectiva “pós-moderna” diante daquilo que considero relevante em sua crítica à antropologia tradicional (MARCUS & FISCHER, 1995).

Percebi que o “paradigma *malinowskiano*” não bastaria e/ou se encaixaria nos moldes metodológicos e contemporâneos deste trabalho. Segundo observa George E. Marcus (2002: 192), tal paradigma certamente serve para determinados projetos de pesquisa, mas já não se adapta a outros, especialmente àqueles que lidam com movimentos sociais, ciência e tecnologia, políticas contemporâneas, ONGs, estudos epidemiológicos na antropologia médica, mídia, tecnologias reprodutivas, reprodução humana, etc.

Alguns/algumas antropólogos/as – a exemplo de Cristiana Bastos (2002)²⁸ – vêm ampliando “as fronteiras” de seu campo de observação por compreenderem que seus objetos/sujeitos de pesquisa constituem-se em “híbridos” e “fluidos”, portanto móveis e dinâmicos. Para Hanerz (1997), a “cultura” está em constante “fluxo”, de modo que as fronteiras serão fluidas, e os “híbridos” ampliados dentro da própria complexidade de um campo permeável. Uma abordagem “globalizada” torna-se, então, imprescindível na medida em que não se pode mais dar conta de limites culturais sem envolver “os/as outros/as” e “sua vizinhança”.

Dessa forma, o tema de minha investigação acabou por ingressar no rol de pesquisas *multissituadas* (George E. Marcus, 1995; 2002; BASTOS, 2002; RIAL, 1991) por tratar-se da modalidade mais adequada para trabalhar no contexto da globalização, conforme demonstrado na explanação de meu lócus de pesquisa, que será detalhado adiante ainda neste capítulo. Antes, porém, outros temas devem ser ponderados no que concerne ao trabalho de campo antropológico: as questões éticas.

1.2 Questões éticas no trabalho de campo

Para esta pesquisa, foram observadas as normas do Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia e as exigências da *Resolução 196/1996*, que determina o

²⁸ Ver especialmente o trabalho “Ciência, poder e ação: as respostas à SIDA”. Nele, a antropóloga trata sobre os cuidados da saúde e da “SIDA” no Brasil numa perspectiva multissituada, não se limitando ao estudo de apenas uma unidade hospitalar no Rio de Janeiro. A autora também empreendeu pesquisa em diversos outros lugares, acompanhando cursos, conferências e seminários públicos, realizando entrevistas em centros de saúde e ainda investigação em Minas Gerais, São Paulo e Bahia. Outro trabalho que se preocupa em “pluralizar o campo” é a tese de doutorado de Gláucia de Oliveira Assis intitulado “De Criciúma para o mundo: rearranjos familiares e de gênero nas vivências dos novos migrantes brasileiros, 2004”, que trata da trajetória dos emigrantes das cidades de Governador Valadares e Criciúma para Boston/EUA. Ver ainda Guita G. Debert (1999) “A reinvenção da velhice”, publicado pela EDUSP, São Paulo.

Consentimento Informado dos/das profissionais de saúde e demais interlocutores/as entrevistados/as, os/as quais serão aqui referidos/as por nomes fictícios²⁹. Do mesmo modo, não serão revelados os nomes das instituições em que realizei pesquisa, tal qual o hospital/maternidade local, dentre outras referidas por meus/minhas interlocutores/as brasileiros/as e lusitanos/as³⁰ – postura que levei algum tempo para amadurecer diante da dimensão ético-política que se faz presente durante todo o tempo no trabalho antropológico (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004: 41). Tal atitude em não revelar abertamente o nome das instituições foi realmente em virtude de preservar e respeitar a identidade de meus/minhas informantes.

Como um dos lócus de minha pesquisa refere-se a um dos hospitais/maternidade em Florianópolis, necessitei da autorização do Comitê de Ética local, por se tratar de uma exigência tanto das agências de financiamento como da própria instituição de saúde.

Importante registrar que, no Brasil, a primeira parte desta investigação foi realizada no ano de 2005, com recursos do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva (promovido pelo Programa de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidade e Saúde/IMS/UERJ), com apoio da Fundação Ford. Na época, tal agência exigiu de todos/as os/as pesquisadores/as a aprovação de suas pesquisas pelo CONEP³¹, caso contrário não haveria financiamento para a investigação – tendência, que segundo a antropóloga Guita Debert (2004: 52), ficou mais evidente nos últimos anos e não somente por parte das agências financiadoras, como também por parte de algumas revistas científicas que publicam artigos que apresentem “prova de consentimento informado dos sujeitos estudados”³².

Atendendo a tal recomendação, logo percebi que o procedimento para conseguir autorização do Comitê de Ética local seguiria uma burocracia voltada para pesquisadores/as

²⁹ À exceção da feminista e especialista em assunto sobre mulheres, a professora Manuela Tavares, que solicitou que seu nome não fosse ocultado. Sigo, assim, o pedido desta minha autora/interlocutora.

³⁰ A não ser daqueles que não se opuseram quanto à confidencialidade.

³¹ A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criada através da Resolução 196/96 e com constituição designada pela Resolução 246/97, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. A CONEP e os CEPs têm composição multidisciplinar com participação de pesquisadores, estudiosos de bioética, juristas, profissionais de saúde, das ciências sociais, humanas e exatas e representantes de usuários. Outras informações podem ser encontradas em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep.htm>

³² Lembro que o tema foi incansavelmente discutido na disciplina de métodos e técnicas em pesquisa ministrada pela professora Ilka Boaventura Leite, que nos introduziu com muita propriedade sobre o assunto ainda no Mestrado em Antropologia Social na UFSC no ano de 2001.

da área biomédica, que realizam pesquisas “em” seres humanos e não “com” seres humanos (L. CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004).

Aliás, muito se tem discutido sobre as questões éticas a partir de pesquisas realizadas na interconexão entre as ciências sociais e a área da saúde (VICTORA *et al*, 2004; GUERRIERO *et al*, 2008). Tal interconexão tem imposto sérios dilemas na complexidade em realizar pesquisas “em” seres humanos e “com” seres humanos (L. CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004), conforme comentado. Existem determinações político-burocráticas impostas pela CONEP, inferindo o consentimento informado com a pretensão de “normativizar campos disciplinares” a partir de um único ponto de vista, ou seja, o da biomedicina³³ (HEILBORN, 2004: 61).

Nessa perspectiva, Sônia Maluf, Esther Jean Langdon e Carmen Susana Tornquist (2008: 133) concordam que muitas das dificuldades de diálogo no domínio dos CEPs “devem-se ao fato de que para muitos dos nossos colegas o conhecimento científico é superior aos demais e incontestável em suas bases e, portanto, em suas metodologias”.

Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2004: 33) argumenta que a resolução 196 (CONEP) do Ministério da Saúde sugere certa extrapolação de domínios, a qual caracteriza como um “biocentrismo” ou “areacentrismo” na visão sobre a ética, “com implicações muito similares ao que nós da antropologia frequentemente nos referimos através da noção de etnocentrismo”.

De qualquer maneira, como minha pesquisa adentra nessa área (cêntrica) da saúde, não pude fugir às determinações impostas pelo Comitê de Ética em pesquisa, submetendo-me a sua análise e avaliação no que diz respeito ao Hospital investigado em Florianópolis³⁴. E tais determinações impostas “biomedicamente” pelo CONEP ou pelos CEPs aguçam, em meu entendimento, uma reflexão sobre a maneira como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – deve ser utilizado pelos cientistas sociais em diversas áreas, mas aqui especialmente na área da saúde.

1.2.1 O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido...

³³ Utilizo o termo “biomedicina”, tal qual a antropóloga Jean Langdon (2003: 91), inspirada por Hahn e Kleinman (1983: 306) para dar destaque à posição dominante da medicina alopática, que é baseada num modelo científico positivista.

³⁴ Não solicitei ao Comitê de Ética lusitano autorização para realizar pesquisa em qualquer maternidade em Lisboa devido ao pouco tempo que permaneceria naquele país. Falarei sobre esse assunto adiante.

Não tive dificuldade em conseguir, dentro do hospital pesquisado no Brasil, assinatura no TCLE por parte dos profissionais entrevistados formalmente, isto é, aqueles com quem realizei entrevistas gravadas diante de um questionário semiestruturado e com hora marcada. Eles já tinham conhecimento desse termo por tratar-se de um documento advindo de seu *métier*.

De qualquer modo, tinha receio de que o conteúdo do TCLE por mim elaborado viesse a influenciar meus/minhas informantes, causando um viés na pesquisa. Assim, pedia gentilmente que assinassem o termo somente no final da entrevista. Mas tal assertiva não me pegou despreparada. A solução que encontrei foi inspirada na resolução que a antropóloga Carmen Susana Tornquist (2004) encontrou para obter assinatura de suas informantes. Sua pesquisa tratava do parto humanizado em um hospital/maternidade localizado também em Santa Catarina. A estratégia adotada por Tornquist era a de pedir oralmente a autorização da parturiente deixando para dois ou três dias depois a solicitação da assinatura do Consentimento Informado, pois, conforme sugere, era praticamente impossível solicitar assinatura de uma mulher em meio “à iminência de parir”:

Imagine-se o leitor munido de prancheta, caneta e um ofício formal solicitando que fosse lido e assinado por mulheres em trabalho de parto – entre respirações cachorrinho, gemidos, massagens, caminhadas, dores e mesmo gritos - situações que me fizeram criar alternativas que garantissem a ética da pesquisa, mas sem colocar em risco o fundamento do *métier*, que é a busca de compreender o fluxo da vida cotidiana em sua espontaneidade. Assim, diante das primeiras tentativas de me apresentar à parturiente com papel e caneta na mão, acabei adaptando este procedimento ao que julguei mais adequado à Prática etnográfica: **ao invés de me apresentar com o Consentimento Informado, eu entrava no setor de Pré-parto, estabelecia uma relação com a parturiente, e explicava-lhe oralmente quem eu era e o que viera fazer ali; assim, de forma oral, eu obtinha permissão para que assistisse seu processo de parto... Após dois ou três dias, eu retomava o contato com a parturiente... Nesta ocasião, com bastante calma, eu solicitava o Consentimento Informado por escrito, muitas vezes lendo-o junto com ela, obtendo então sua assinatura...** (TORNQUIST, 2004: 270, grifos meus).

A pesquisadora assegura que tal estratégia acabou por facilitar a observação participante naquele campo, atendendo tanto à Resolução 196³⁵, como também seguindo “os ditames da formação em antropologia e seu código específico”. Tornquist diz ter transformado, assim, “o Consentimento Informado em um consentimento da informante em duas versões – uma oral e outra escrita”, conseguindo realizar “sem constrangimentos” sua pesquisa (idem, 2004: 271).

Todos/as os/as meus/minhas interlocutores/as autorizaram verbalmente sua participação em minha pesquisa, à exceção de alguns/algumas, que se negaram a dar entrevistas. Mas, diferentemente de Torquinst, eu jamais li na íntegra um TCLE para meus/minhas “nativos/as”. Eles/elas mesmos/as liam o conteúdo do termo após as entrevistas. Isto é, *quando* liam. Alguns/as de meus/minhas informantes só perguntavam “onde eu assino?” e não se preocupavam em saber sobre o conteúdo do TCLE, talvez por estarem acostumados com estes procedimentos nas pesquisas realizadas no hospital ou por empatia e confiança.

Ainda antes de iniciar a entrevista, ou mesmo quando estabelecia contatos de maneira informal com meus/minhas interlocutores/as, eu dizia que estava fazendo uma pesquisa sobre o tema “aborto” naquele hospital/maternidade – isso no que diz respeito ao Brasil. Em Portugal, informava que estava fazendo uma pesquisa sobre o aborto entre esses dois países, contemplando entrevistas com profissionais de saúde. Não entrava em detalhes. E penso que foi uma boa estratégia para não enviesar a fala de tais atores e atrizes sociais, conforme chamam atenção Debert (2004) e Cardoso de Oliveira (2004). Embora não tenha seguido *ipsis leteris*, neste caso, as determinações da CONEP – que “reivindica” que se expliquem nos mínimos detalhes os objetivos da investigação –, eu também não estava mentindo sobre as minhas intenções de pesquisa. Conforme sugere Maria Luiza Heilborn,

Faz parte da **tradição do nosso ofício [antropológico] não externalizar todas as questões que vamos investigar... é fornecido um panorama geral e se espera que itens específicos possam emergir do campo, coisas inesperadas, associações que não haviam sido previstas.** Isso faz parte da nossa mais cara formação, isto é, **admitir que os dados espontâneos do campo possam redefinir o curso de nossa pesquisa** (HEILBORN, 2004: 61, grifos meus).

³⁵ A Resolução 196/96 diz respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>).

Flávia de Mattos Motta (2005) também observa que o chamado “consentimento informado” não contenta de forma plena os/as antropólogos/as e não parece resolver determinados problemas “do trabalho de campo etnográfico”. Segundo a investigadora, faz parte da aproximação entre o antropólogo e seu interlocutor a elucidação sobre “a identidade do pesquisador e sobre os objetivos da pesquisa”:

Em ambos os casos, dar a informação e obter o consentimento e a adesão do informante, especialmente quando isso se dá no início do contato entre ambos, não significa que ele esteja, de fato, “informado”: nem o pesquisador (seja ele antropólogo ou profissional da saúde) terá sido plenamente fiel à problematização de sua pesquisa (geralmente resumida e simplificada pela “tradução”), nem a leitura que o pesquisado faz da informação recebida corresponde necessariamente aos reais objetivos e desdobramentos da mesma. Frequentemente o diálogo entre o conhecimento acadêmico com conhecimentos como o popular, o camponês ou indígena produz traduções inexatas – de ambas as partes. Não escamotear essa questão, torná-la presente e enfrentá-la, com seus riscos e problemas, não significa jogar a ética no lixo, nem tampouco super dimensioná-la. Significa, ao contrário, negar-se a transformar “ética na pesquisa” em mero procedimento burocrático ou num mero exercício retórico (MOTTA, 2005: 7, grifos meus).

Para a autora, tais discussões advertem sobre os limites desse processo, uma vez que nossos interlocutores/ras, nos termos antropológicos, são informados/as, no início da pesquisa, sobre seus fins e objetivos, mas, posteriormente, perde-se “o controle sobre os destinos do trabalho e das informações fornecidas”.

Como destaca Claudia Fonseca (1998)³⁶, assumi abertamente, durante toda a investigação, minha identidade de pesquisadora, não omitindo, em momento algum, que me encontrava “naquele pedaço” (MAGNANI, 1998) para realizar pesquisa, tanto no Brasil como em Portugal. Tampouco omiti os pré-objetivos da pesquisa, embora, conforme argumentado, tais pré-objetivos tenham fornecido um panorama geral da investigação sem muitos detalhes de acordo com nossos cânones antropológicos. Tal qual Tornquist, penso que essa estratégia acabou por atender tanto a Resolução 196 – com o uso do TCLE – como também meu próprio código de ética antropológico.

³⁶ Ver principalmente o artigo “Quando cada caso NÃO é um caso: Pesquisa Etnográfica e Educação”. Trabalho apresentado na XXI Reunião Anual da ANPED, Caxambu, setembro de 1998. Ver ainda a Palestra intitulada “Refletindo sobre o método etnográfico”, realizada pela Antropóloga em 22/11/2007 no Auditório CSE/UFSC.

Diante das transformações sofridas no próprio campo da antropologia, certamente é inevitável que nos deparemos com novos e múltiplos desafios. Do mesmo modo, é indispensável dispormos de um código de ética, uma vez que este documento oferece, ao mesmo tempo, proteção tanto ao/a pesquisador/a quanto à comunidade pesquisada (DEBERT, 2004: 53). Todavia, faz-se necessário argumentar e debater contra tais normatizações “cêntricas”, sejam elas advindas do campo da saúde – CONEPs, CEPs –, do Direito ou de quaisquer outros campos disciplinares.

Enfim, assim como diversos/as pesquisadores/as pertencentes ao campo das ciências humanas e sociais, consegui autorização para realizar pesquisa no hospital/maternidade selecionado para esta investigação no Brasil após ter passado pelo Comitê de Ética local. Somente assim consegui adentrar nessa instituição e fazer dela uma de minhas “ilhas” de investigação nesse campo multissituado, conforme veremos a seguir.

1.3 O trabalho de campo no Brasil: o hospital como uma “ilha”

Após ter conseguido consentimento do Comitê de Ética local em 27/06/2005, necessário tanto para a pesquisa empreendida no IMS/UERJ/Ford como para o doutorado na UFSC, minha ansiedade como pesquisadora “urbana” se direcionava a outra problemática: como fazer observação participante dentro de um hospital sobre o tema de minha pesquisa? O que eu deveria registrar? Dentro de que limites e com que recortes? Como ter acessos aos profissionais da saúde? Ou seja, para onde eu deveria olhar?

Com efeito, a solução que encontrei no primeiro momento de minha investigação estava nas estratégias que eu deveria empregar para ter acesso a representações, práticas e discursos dos profissionais de saúde, ou seja, as conversas informais e, posteriormente, as entrevistas semiestruturadas com estes/as sujeitos/as. Conforme mencionado, o trabalho de campo se transformou, mas as técnicas metodológicas que inspiram fortemente nossas pesquisas – embora ampliadas para outros sítios numa perspectiva multissituada – permanecem as mesmas. Compartilharia ambas as técnicas metodológicas – observação e entrevistas – seguindo alguns ensinamentos de Roberto Cardoso de Oliveira (2000), o qual preconiza que a observação participante e a entrevista se complementam concomitantemente. Explorei, assim, as condições favoráveis para alcançar os objetivos deste trabalho, criando uma estratégia simultânea entre estas duas técnicas. Para isto, chegava pelo menos uma hora antes dos encontros, sendo que esta estratégia se mostrou eficiente para pesquisa durante a primeira etapa do trabalho de campo realizado em 2005.

As primeiras observações foram direcionadas à estrutura funcional da referida instituição, o que compreende o cotidiano do hospital. Nas primeiras incursões ao campo, foi possível conversar informalmente com alguns/as profissionais, o que facilitou a seleção dos/das interlocutores/ras a serem entrevistados/as³⁷. Considero que essas conversas foram muito úteis e rentáveis, pois, através delas, tive acesso a noções do senso comum que poderiam ficar obscurecidas como o esforço de sistematização do informante numa entrevista formal. As conversas aconteceram tanto individualmente como em grupo, sendo que algumas se tornaram entrevistas e foram gravadas com a devida autorização dos/das meus/minhas interlocutores/as.

Junto às anotações inseridas no diário de campo, tais gravações foram transcritas e sistematizadas logo em seguida às entrevistas, dando lugar a um artigo intitulado “Profissionais de saúde e aborto seletivo em um hospital público em Santa Catarina”, financiado pelo IMS/UERJ/FORD, como já mencionado.

Antes de retornar a esta “ilha” em 2007, resolvi transcrever as entrevistas e sistematizar os dados colhidos em minha recente estada em Portugal (doutorado sanduíche entre os meses de abril e julho). Todavia, não pensei que fosse demorar tanto para decifrar as entrevistas, sendo essa parte técnica/metodológica mais longa do que esperava. Portanto, acabei por retornar ao hospital/maternidade somente no mês de outubro daquele ano. E minha porta de entrada foi o conhecimento prévio de alguns/algumas nativos/as, como veremos a seguir.

1.3.1 Os nativos e as nativas brasileiros/as “da ilha” hospitalar³⁸

Os primeiros contatos para a realização de entrevistas no hospital brasileiro foram realizados no ano de 2005. Tais contatos foram ampliados pela técnica metodológica “bola de neve” (BECKER, 1993; KNAUTH & VICTORA, 2000) através da rede de relações que comecei a criar neste hospital. Cada pessoa com quem conversava informalmente, a exemplo das atendentes, das enfermeiras, das assistentes sociais e dos/as próprios/as médicos/as,

³⁷ Observo que tais conversas informais foram realizadas durante a maior parte do tempo enquanto estive em campo, no hospital, do mesmo modo em congressos, palestras, nos corredores das universidades, seja no Brasil como em Portugal. Todas foram registradas em diários de campo.

³⁸ Maiores detalhes sobre os informantes desta pesquisa encontram-se no anexo 17.

indicava uma outra que poderia colaborar com a pesquisa³⁹. Inclusive houve indicação por parte daqueles/as profissionais que não quiseram participar desta investigação.

Dessa forma, nessa primeira parte do trabalho de campo no hospital, consegui entrar em contato com 12 profissionais da saúde que, de alguma maneira, estavam envolvidos com a pesquisa em questão. Foram marcadas efetivamente 11 entrevistas – digo efetivamente porque, antes de cada entrevista, entrava em contato pessoalmente com os profissionais explicando os pré-objetivos da pesquisa para posteriormente entrevistá-los⁴⁰ –, **sendo que foram realizadas 8 delas, com 5 médicos, 2 enfermeiras e uma entrevista com uma das assistentes sociais**⁴¹. As outras entrevistas seriam realizadas com 3 médicos/as, os/as quais faltaram aos encontros, não puderam atender-me no horário marcado ou mesmo se negaram a falar sobre o assunto. É importante destacar que 2 dos/as profissionais que se negaram a dar entrevistas eram mulheres, especificamente médicas ginecologistas/obstetras, que, segundo meus/minhas informantes, são “muito conservadoras e raramente dão entrevistas”. Buscarei analisar este dado no decorrer da tese.

No final de 2007, complementei meu trabalho de campo nesta maternidade utilizando a técnica da observação participante principalmente no Alojamento Conjunto da maternidade. Já conhecia muitos/as profissionais, não sendo difícil reatar os contatos. Primeiramente, procurei por Lúcia, uma das enfermeiras que agora estava à frente do Protocolo de Atendimento às vítimas de violência sexual/aborto legal⁴². Em seguida, fui ao encontro de Vânia, uma das assistentes sociais desta instituição.

Como minha finalidade agora era estar mergulhada no dia-a-dia do hospital/maternidade, ambas me recomendaram um contato com Lisiane, enfermeira-chefe do Alojamento Conjunto (AC)⁴³. Esta enfermeira foi muito receptiva e comunicou aos/às demais funcionários/as o objetivo de minha circulação por aquele setor.

³⁹ Tal técnica consiste em um método não probabilístico que se desenrola através das redes sociais de um indivíduo que fornece indicações importantes à/ao pesquisadora/pesquisador, como exemplo, onde investigar ou com quem falar. Essa técnica metodológica expande o campo de pesquisa e permite a identificação de mais aspectos a serem pesquisados (BECKER, 1993; KNAUTH E VICTORA, 2000).

⁴⁰ Eu mesma transcrevi todas as entrevistas, à exceção de uma realizada com uma de minhas interlocutoras lusitanas. Precisava urgentemente de sua interlocução para que pudesse escrever um artigo para a ANPOCS/2007.

⁴¹ Todos têm mais de 40 anos e estão há mais de 14 nesta profissão.

⁴² Ver anexo 11 – “Fluxograma da Rede de Atendimento às vítimas de violência sexual no Município de Florianópolis”.

⁴³ Esse alojamento faz parte de um dos setores da maternidade que são compostos por outros três: Triagem obstétrica, Centro obstétrico, Alojamento conjunto (onde ocorrem os partos) e o setor Neonatal. Cada um deles possui uma enfermeira chefe e deveria ser composto por 8 enfermeiras em cada setor. Todavia, o número ideal de enfermeiras por setor seriam 8, mas, segundo Lisiane, o quadro está sempre defasado, seja por falta de profissionais, seja por estarem de licença, seja por outras razões. No total, segundo informações da enfermeira, deveriam ser 24 quando, na realidade, existem mais ou menos 16 ou 17 funcionárias (os).

No AC, segundo minhas interlocutoras, eu poderia circular entre “setores” – a exemplo do Centro Obstétrico (CO) – e observar, conversar e/ou entrevistar outros e outras profissionais. Ainda poderia observar a movimentação destes setores e os casos de aborto legal (ou não) que surgiriam durante o tempo em que eu estivesse pesquisando.

E, assim, circulando entre um e outro setor, realizei mais 10 **entrevistas** formais embora sem o uso do gravador, como nas primeiras entrevistas neste hospital/maternidade⁴⁴, envolvendo especificamente: **9 enfermeiras (sendo apenas 1 enfermeiro e 4 enfermeiras com cargos de técnicas de enfermagem neste hospital/maternidade) e com mais uma assistente social**⁴⁵. Não cheguei a entrevistar formalmente as psicólogas da maternidade. Mas cheguei a observar seu trabalho e a trocar algumas ideias durante a pesquisa. Tampouco entrevistei os/as doutorandos/as em medicina. Estes participaram das conversas informais, tal qual um sem número de outros/as enfermeiras/os, assistentes sociais e atendentes de enfermagem. Incorporei estas inúmeras falas também em minhas análises e reflexões sobre as representações dos profissionais de saúde, sem, no entanto, citá-las formalmente nesta tese.

Ainda conforme comentado, acompanhei, no hospital/maternidade, um caso de aborto legal realizado por **uma garota** que na época tinha 13 anos. Levando-se em consideração o número ínfimo de ocorrências relativas ao aborto legal neste hospital/maternidade – como poderemos acompanhar nos próximos capítulos –, realmente o “acaso” veio a contribuir para que eu pudesse acompanhar muito de perto mais que as representações desses “sujeitos analisantes”: suas ações e reações de agenciamento diante do episódio.

Em resumo, a primeira parte do trabalho de campo e as entrevistas no hospital brasileiro foram realizadas no segundo semestre de 2005 e, posteriormente, entre os meses de outubro, novembro, dezembro/2007 e janeiro/2008⁴⁶. **Foram entrevistados formalmente neste hospital/maternidade 18 profissionais de saúde: 5 médicos, 2 assistentes sociais, 10 enfermeiras e 1 enfermeiro.** Também em 2007, foi realizado o trabalho de campo em Portugal entre os meses de abril e julho, como veremos adiante.

1.3.2 Os nativos e as nativas brasileiras de “fora da ilha” hospitalar

⁴⁴ Após e durante o trabalho de campo, inscrevia imediatamente as falas de meus/interlocutores em meu diário.

⁴⁵ Uma enfermeira à época tinha 26 anos e estava nesta profissão há 5. Outra tinha 36 anos, trabalhando há 14. Quatro delas tinham entre 40 e 45 anos, todas há mais de 15 anos nesta profissão. E 3 delas com 47 - há 5 como enfermeira – e 50 e 51 anos - ambas com mais de 25 anos de profissão. O enfermeiro tinha 48 anos e 15 de profissão. A assistente social tinha 40 anos e, por algum erro metodológico, não anotei há quantos anos ela exerce essa profissão. Tentei entrar em contato para confirmar esse dado, mas não foi possível.

⁴⁶ Fui ao hospital algumas vezes no mês de janeiro/2008 somente para confirmar alguns dados. Ainda retornei nos meses de junho e julho deste mesmo ano com o mesmo objetivo. É importante registrar que mantive contato via internet com meus/minhas interlocutores/as até o último momento da escrita desta tese.

Ainda no Brasil, empreendi entrevistas com profissionais de saúde e membros de instituições feministas que estavam, de alguma maneira, ligados aos casos de aborto legal e que são personalidades bastante conhecidas em nível nacional. Fui em busca de **três** destas personagens na cidade de São Paulo: **um médico ginecologista/obstetra** que esteve à frente da implementação do aborto legal no Hospital Jabaquara em 1989 na cidade de São Paulo e integrante da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia); **uma cientista social e feminista histórica** que trabalha na UNIFESP realizando atendimentos às mulheres que sofrem violência sexual e às que necessitam do aborto legal, além de trabalhar em várias pesquisas, como, por exemplo, no atendimento ao “aborto provocado” na cidade de São Paulo em hospitais públicos paulistanos; **uma das integrantes da ONG Católicas pelo Direito de Decidir**⁴⁷, entidade feminista, de caráter inter-religioso, que atua junto a uma rede latino-americana, Católicas por El Derecho a Decidir, e com Catholics for Free Choice, dos Estados Unidos. O objetivo desta ONG é promover, segundo suas ativistas, os “direitos das mulheres”, especialmente no que diz respeito à “autonomia aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres”, ainda atuando na luta pela igualdade de gênero⁴⁸.

Sabendo que, para ter uma visão mais abrangente a respeito do tema, deveria pesquisar “noutras ilhas”, tais entrevistas foram fundamentais para pensar a relação existente entre o aborto legal, as feministas e outros/as profissionais de saúde fora do “saber local”, diga-se o hospital de referência em SC. Ao mesmo tempo, sem ser uma proposta metodológica inicial, fui constituindo e ampliando este trabalho de campo, que se tornou multissituado.

Além disso, fora deste hospital/maternidade acompanhei o caso de uma professora com aproximadamente 25 anos, que, tal como a garota de 13, viveu um “drama social” (TURNER, 1974) diante de uma gravidez inviável. Todavia, ao contrário da primeira, que realizou o aborto legal por estupro, esta mulher recorreu ao aborto clandestino⁴⁹ pelas razões que discutirei adiante.

Não tinha a intenção, como já disse, de entrevistar mulheres que passaram pelo processo de abortamento. Mas, no trabalho de campo antropológico, estamos propensos a

⁴⁷ Em janeiro de 2007, o médico estava com 56 anos e tinha mais de 30 anos de profissão. A médica estava com 63, e há mais de 35 atuava nessa área. A psicóloga tinha 53 anos e disse que trabalhava há mais de 6 na CDD.

⁴⁸ Criada em 1993, a ONG Católicas pelo Direito de Decidir – CDD – está empenhada na luta pela igualdade nas relações de gênero tanto na sociedade como no interior da Igreja Católica e das demais igrejas. Seu objetivo principal está em batalhar pelo direito de as mulheres decidirem sobre ter ou não ter filhos (OLIVEIRA, 2001:22).

⁴⁹ Uma excelente produção que caracteriza fortemente “outras” consequências do aborto clandestino intitula-se “Quatro meses, 3 semanas e dois dias”, filme romeno que ganhou a Palma de Ouro de 2007 em Cannes. Ver sinopse no anexo 5.

pequenas ou mesmo a grandes mudanças que podem vir a transformar, a todo tempo, nossos objetivos iniciais de pesquisa.

1.4 O trabalho de campo em Portugal: uma “ilha” sem “hospital”

Neste país, que era completamente “exótico” para mim, tive de me familiarizar – e concomitantemente estranhar (DAMATTA, 1978) – os costumes e as práticas dessa população e, mais especificamente, os costumes e as práticas de meus colaboradores, colaboradoras e suas instituições.

Cada saída a campo em Lisboa era praticamente uma “aventura antropológica” (CARDOSO, 1986). Sempre que marcava entrevistas com minhas interlocutoras, fazia-se necessário “desvendar” as linhas de *metro*, *elétrico* ou *autocarro*⁵⁰ que me levariam ao destino programado. Não realizei investigação dentro de qualquer maternidade naquele país, tampouco as entrevistas ocorreram nesses espaços⁵¹, tendo, portanto, realizado a pesquisa num campo fluido e constantemente constituído pela complexidade do espaço metropolitano (PINA CABRAL, 2006).

Permaneci em Portugal por quatro meses, de abril a julho de 2007, e pude acompanhar o desenrolar do referendo sobre o aborto ocorrido no mês de fevereiro, episódio do qual falarei posteriormente.

Realizei alguns contatos informais e consegui entrar em contato com os profissionais da saúde em Lisboa através das indicações fornecidas por minhas orientadoras do doutorado. Mas somente realizei as entrevistas a partir do terceiro mês de minha estada em Lisboa. Já havia acionado alguns contatos no Brasil e não demorei a fazê-los quando desembarquei no “Velho Mundo”. Contudo, naqueles meses de abril e maio, a maioria de meus/minhas futuros/as interlocutores/as estava envolvida em um seminário sobre o 40 anos da Associação para o Planejamento da Família – “40 Anos a promover Saúde, Escolhas e Direitos pela Igualdade de Oportunidades” –, sendo que, somente após este evento, consegui realizar as entrevistas, inclusive com um dos/as diretores/as desta associação⁵².

⁵⁰ Metro = Metrô; Autocarro = ônibus. Um “elétrico” (português europeu) ou “bonde” (português brasileiro) é o carro elétrico tradicional em grandes cidades como Basiléia, Zurique, Lisboa, Porto e Rio de Janeiro. O elétrico faz um percurso tipicamente, embora não obrigatoriamente, turístico. Movimenta-se sobre carris (trilhos), que em geral se encontram embutidos nas partes mais antigas das cidades. Destina-se, sobretudo, ao transporte de passageiros (Fonte: <http://pt.wikipedia.org>).

⁵¹ Com exceção da entrevista realizada com uma das médicas na maternidade.

⁵² Agradeço imensamente a Manuela Tavares – única entrevistada até então – ter-me colocado na lista da UMAR como convidada deste seminário.

Diante do cenário político e social que se formava à época do pós-referendo sobre o aborto em 2007, tal seminário criou muitas expectativas nos profissionais de saúde que lidavam diretamente com questões de saúde reprodutiva nas maternidades lusitanas.

Primeiramente, comemoravam-se os 40 anos de uma associação considerada, por diversas pessoas com as quais conversei, “uma das mais importantes na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres”, lembrando que a APF esteve à frente das campanhas pela descriminalização do aborto, tanto no referendo de 1998 como no referendo de 2007. Em segundo lugar, era um momento de muita ansiedade e de incertezas devido às mudanças que se seguiriam não somente no que diz respeito às leis, mas especialmente em relação às ações e reações concretas por parte dos profissionais de saúde diretamente atingidos pela nova resolução.

Participar deste seminário talvez trouxesse algumas respostas perante as inquietações dos/das profissionais, uma vez que estariam presentes distintos especialistas em ginecologia e obstetrícia, em sexualidade e saúde reprodutiva, dentre médicos/as, enfermeiros/as, sociólogos/as, jornalistas e outros. Também estaria presente o Ministro da Saúde português, Antônio Corrêa de Campos (gestão 2005/2008)⁵³, que, junto aos demais especialistas, iria debater a atual situação do aborto em Portugal, o qual doravante poderia também ser realizado até as primeiras 10 semanas de gestação a pedido da mulher.

Grosso modo, o seminário abordou historicamente as quatro décadas de existência da APF sob o ponto de vista das mudanças ocorridas na sociedade lusitana, a exemplo da situação vivida nos anos 60 em Portugal, da criação da APF e das atividades consideradas “pioneiras” relativas ao planejamento familiar nos serviços de saúde através desta instituição e das mudanças ocorridas com o evento revolucionário do “25 de Abril”⁵⁴ (tema: “40 Anos de Saúde Sexual e Reprodutiva: o que mudou? Mentalidades, Direitos e Saúde”). Além disso, foi tratado sobre as reivindicações em torno dos direitos das mulheres, da contracepção e do aborto legal e os progressos alcançados nos últimos 40 anos (“Contracepção e IVG no Pós-Referendo: Experiências e Questões”), além de alertas para os desafios relativos à saúde sexual e reprodutiva, como o HIV/AIDS (“Vulnerabilidade Social e Saúde Sexual e Reprodutiva”)⁵⁵.

⁵³ Sua posição atual é a de Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Administração, IP.

⁵⁴ Conhecida por “Revolução dos Cravos”, derrubou, num só dia, em 1974 o regime político que vigorava em Portugal. Maiores detalhes serão descritos no próximo capítulo.

⁵⁵ Para maiores detalhes, ver o filme “Falar Disso”, produzido pela APF em parceria com a RTP2 (Rede televisiva portuguesa). Ver sinopse deste filme no anexo 4.

Enfim, após o término deste seminário, pude reatar os contatos com os/as interlocutores/as desejados. Para cada entrevista que finalmente realizara, uma nova surgia pela indicação das profissionais da saúde, o que se mostrou bastante compensatório devido à espera pelos contatos. Aos poucos, vi-me circulando entre algumas especialistas em enfermagem e obstetrícia que trabalhavam nas principais maternidades de Lisboa, além de fazerem parte de outras instituições de ensino ou da secretaria de saúde local. Aliás, tive uma imensa facilidade em entrevistar as enfermeiras. Todas participaram da pesquisa com muita disposição e boa vontade, inclusive sugerindo que eu retornasse a Portugal a fim de apresentar os dados desta investigação.

Porém, fazer contato com os/as médicos/as para participarem da pesquisa foi extremamente complicado. Enquanto consegui entrevistar 6 enfermeiras e 1 enfermeiro, apenas 2 médicas atenderam minha solicitação. E uma delas me concedeu entrevista somente após eu ler sua dissertação de mestrado que tratava sobre o tema⁵⁶. Entrei em contato com vários outros médicos – especialistas em clínica geral e obstetrícia –, sendo que alguns faziam parte da organização “médicos pela escolha”, ou seja, profissionais que participaram da campanha do referendo a favor da descriminalização do aborto. Ainda realizei contato com aqueles que faziam parte dos médicos pelo “Não”.

“Pelo ‘sim’, pelo ‘não’⁵⁷, meus e-mails e telefonemas não foram correspondidos. Alguns alegavam falta de tempo, outros alegavam viagens; e ainda houve aqueles que marcaram as entrevistas (mais de uma vez) e não compareceram. Neste último caso, ficava aguardando horas pelos/pelas profissionais em lugares desconhecidos e distantes de onde eu morava, o que deixaria aborrecido/a qualquer pesquisador/a. Certamente, tais contingências são obras do “acaso” ou fariam parte do que aprendemos a chamar de “imponderáveis malinowskianos”.

Se considerarmos a hegemonia da biomedicina e nossas pesquisas com estes “sujeitos analisantes”, os profissionais de saúde em geral – e os/as médicos/as em particular – parecem valorizar muito pouco a “cientificidade” dos cientistas sociais, algo lembrado em muitos CEPs e CONEPs, acima citados. Segundo Parry Scott (2004: 154), quando falamos sobre o

⁵⁶ Na realidade, foi melhor ter lido sua dissertação primeiramente. Pude compreender, dentre outras questões, qual seria o posicionamento dessa médica diante do aborto. Também aprendi que, ao empreender pesquisa em “sociedades complexas”, lida-se com sujeitos que possuem *ethos* diferenciados dos “trobriandeses” de Malinowski e que, no caso de pesquisadores, é necessário sempre ler o que produziram antes de entrevistá-los. Certamente nem melhores, nem piores, apenas diferentes, conforme a antropóloga Cristiana Bastos destacava em suas aulas no ICS ao lembrar que etnografias com “estereótipos fechados”, além de “etnocêntricas”, estavam “fora de moda”.

⁵⁷ “Pelo sim, pelo não” é um “dito popular”. Neste sentido, ver “Ditos Populares e Expressões” – <http://br.geocities.com/ledamguedes/ditos.htm>, acessado em 17/07/2009).

tema de nossas pesquisas ou sobre nossos resultados, especialmente quando nossas práticas metodológicas são qualitativas, às vezes enfrentamos uma espécie de “olhar meio vazio”. Realizamos descrições não calcadas em procedimentos tradicionais do método científico hegemônico da biomedicina, que vê, em pesquisas de outras áreas, um menor valor científico.

Adiante, embora o número de especialistas em medicina entrevistados fosse inferior ao esperado, essa rede de interlocutores que concederam as entrevistas consistiu numa fonte importantíssima para a pesquisa.

Mas um detalhe deve ser aqui considerado: as entrevistas foram realizadas nos mais diversos locais: **2 enfermeiras e 1 enfermeiro** foram entrevistados/as na Escola de Enfermagem de Lisboa. Os/as três, além de trabalharem em uma das maternidades lusitanas mais importantes, também são professores nesta instituição. **Uma enfermeira foi entrevistada** na Ordem dos Enfermeiros, sendo que, além de ser uma das diretoras desta associação, ela também trabalha em uma grande maternidade portuguesa; outra enfermeira foi entrevistada na Sub-região de saúde de Lisboa. **A sexta enfermeira**, numa ONG (pediu para não identificá-la). **A sétima**, também enfermeira, num shopping-center próximo à maternidade em que trabalhava, **assim totalizando 7 profissionais de enfermagem**⁵⁸. Lembro que as três últimas também trabalham – ou trabalhavam – em importantes maternidades em Lisboa. Quanto às **2 profissionais biomédicas**⁵⁹, **a especialista em clínica geral** foi entrevistada numa esplanada, um café a céu aberto, e somente **a outra ginecologista/obstetra** foi entrevistada na maternidade, o que impediu um contato em maior grau com esse tipo de instituição. Estranhei o fato de entrevistar as enfermeiras em lugares que não a maternidade, vindo posteriormente a compreender ou talvez levantar uma hipótese coerente sobre o fato.

Conversando informalmente com uma colega portuguesa na Universidade de Lisboa, esta relatou que a Associação Portuguesa de Famílias Numerosas (APFN)⁶⁰ prestou queixa ao Ministério da Saúde português contra uma das Maternidades mais importantes de Lisboa por esta ter autorizado a *apresentação de um estudo sobre o aborto em suas instalações*. Argumentou que tal associação é *ultraconservadora* – e inclusive esta notícia havia saído nos

⁵⁸ Uma enfermeira tinha, à época da pesquisa, 29 anos e 3 de profissão. Outra, 39, e não declarou há quantos anos atua na enfermagem. A próxima tinha 44 anos e 24 como enfermeira. Com 45 anos, estava ainda outra trabalhando há 23 anos na profissão. As duas últimas tinham 50 e 55 anos de idade e mais de 30 anos de profissão. O enfermeiro tinha 43 anos e 23 de profissão.

⁵⁹ Uma das médicas tinha 28 anos e estava há 3 anos nessa profissão. A outra médica estava com 60 anos e tinha mais de 30 de profissão.

⁶⁰ A APFN é uma associação formada por grupos de casais com três ou mais filhos. Foi criada para defesa dos “direitos naturais”, ou seja, para defender “o direito à vida desde o momento da concepção até à morte natural” e sua finalidade é apoiar “famílias numerosas”. Foi criada no dia 22 de Abril de 1999.

jornais. Como ela não soube explicar-me em detalhes o que havia acontecido, acabei por pesquisar na internet e encontrei a notícia. A queixa do Presidente da APFN dizia respeito à maternidade como “um local de vida, não um local de morte”, segundo registrado pelo jornalista responsável pela matéria. Ele referia-se à apresentação de um estudo da Associação para o Planejamento da Família (APF) relativa à “A situação do aborto em Portugal: práticas, contextos e problemas”⁶¹, que ocorreu em meados de dezembro/2006 no anfiteatro da maternidade. O presidente do conselho de administração desta maternidade argumentou que o aluguel do anfiteatro é prática frequente e que o conteúdo proferido nas palestras não traduz a posição da maternidade face aos temas ali apresentados, tampouco tem responsabilidade por eles (Jornal Mundo Lusíada, 13/12/2006).

Infelizmente, não questionei esse acontecimento ao/à representante da APF quando realizei a entrevista. E nem poderia, porque fiquei sabendo de tal “controvérsia” (GIUMBELLI, 2002: 102) somente após nosso “encontro formal”. De qualquer modo, esse evento me fez lembrar invariavelmente de um mal-entendido envolvendo a ONG Católicas pelo Direito de Decidir (CDD).

Numa palestra que proferiu na Universidade Federal do Paraná (UFPR), em Curitiba, uma das representantes da CDD, mais particularmente minha interlocutora, foi acusada de fazer apologia ao aborto e à facilitação de crime quando, na realidade, prestava informações às mulheres sobre quais profissionais e serviços prestam atendimento ao aborto legal. Esta foi chamada a prestar esclarecimentos sobre tal acusação feita anonimamente por uma pessoa que participou da palestra. Indignadas com a acusação, as CDD lançaram uma “Carta Denúncia” informando que estavam sofrendo um processo de perseguição, na tentativa de criminalizar suas integrantes e, conseqüentemente, de desacreditar publicamente a organização⁶².

Esse fato, segundo a integrante das “Católicas”, traduz a dificuldade existente no Brasil em se trabalhar com questões polêmicas, *porque existem pessoas que não sabem participar do debate de modo democrático*. Para minha interlocutora, o fato traduz uma postura *moralista* impregnada há tempos na cultura brasileira. E, pelo visto, Portugal não foge muito a tais considerações.

De qualquer modo, percebi, diante de tal assertiva, por que talvez as enfermeiras não tivessem concedido entrevistas dentro das maternidades, assim como procederam as

⁶¹ Segundo a médica e ginecologista Ana Campos (2007: 74), esse estudo foi um dos mais completos sobre as “práticas de aborto” em Portugal até o ano de 2006. Elaborado pela APF, baseou-se em entrevistas com 2000 mulheres entre 18 e 49 anos, residentes em todo o país.

⁶² Carta Denúncia sobre perseguição e tentativa de criminalização por defender a autonomia e os direitos das mulheres, e-mail recebido em 02/02/2009 (anexo 13).

enfermeiras e outros profissionais da saúde no Brasil⁶³. Embora a lei do aborto tenha sido ampliada e promulgada em Portugal, este assunto permanece interdito, podendo talvez causar constrangimentos aos profissionais de saúde em seu local de trabalho.

Também compreendi que talvez nunca conseguisse realizar pesquisa dentro dessa ou de qualquer outra maternidade em Lisboa, pelo menos nesse momento. Se uma palestra para discutir a situação do aborto em Portugal causou tal polêmica entre associações pertencentes a esse país – inclusive comprometendo a direção dessa maternidade com o Ministério da Saúde de Portugal –, imagine-se se uma pesquisadora estrangeira, *terceiromundista*, brasileira, conseguiria autorização do Comitê de Ética lusitano para realizar uma pesquisa sobre o aborto dentro de qualquer maternidade portuguesa. Já havia sido avisada por uma “nativa” que seria praticamente impossível fazer pesquisa nos hospitais devido à *posição conservadora dos profissionais da saúde portugueses*. Finalmente, com esta notícia, acabei por ficar muito satisfeita com as entrevistas realizadas com as profissionais de saúde; e minha frustração em não poder realizar trabalho de campo dentro de qualquer maternidade em Lisboa desapareceu como fumaça no ar⁶⁴.

Enfim, ainda entrevistei, em Lisboa, **outros/as 3 profissionais** de diferentes áreas: **a feminista e professora Manuela Tavares**⁶⁵, que ministra disciplinas referentes aos estudos sobre mulheres e é integrante da ONG UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta –, importante articulação feminista constituída há mais de 30 anos em Lisboa⁶⁶. Cito seu nome verdadeiro por respeito à minha informante, que não quis ter seu nome trocado na tese, conforme ela própria declara: *Há mesmo necessidade de colocar um nome fictício? Assumo as declarações que dei, que não são de índole pessoal, mas do meu contributo de investigação histórica e, por isso, não gostava que ficassem com um nome fictício*⁶⁷. Adiante, entrevistei **um/uma representante da APF** – Associação para o Planeamento da Família acima referenciada – **e um médico proprietário da Clínica de Abortos**⁶⁸ que havia sido “inaugurada” logo após a promulgação da lei do aborto em 2007 em Portugal.

Sumariamente, **foram entrevistados/as 6 enfermeiras, 1 enfermeiro e 2 médicas**. Ainda **1 sociólogo/a**⁶⁹ **da APF, 1 professora/feminista e 1 médico** que possui rotina de uma

⁶³ Não obstante em nosso país o tema aborto seja considerado interdito, muitas instituições de saúde abrem suas portas para pesquisa.

⁶⁴ Se o período de minha estada fosse mais longo em Lisboa, eu teria tentado, de qualquer maneira, passar pelo comitê de ética lusitano.

⁶⁵ Manuela Tavares tinha, à época 57, anos e se diz feminista “desde sempre”.

⁶⁶ A UMAR foi fundada em 1976, segundo informações desta interlocutora.

⁶⁷ Expressões *êmicas* serão indicadas em itálico, assim como a categoria *segredo*.

⁶⁸ Infelizmente, por problemas técnicos, não consegui transcrever a fita com a entrevista deste médico.

⁶⁹ O/a diretor/a da APF é sociólogo/a e, no ano de 2007, estava com 53 anos.

clínica particular, diferente das outras profissionais entrevistadas, que trabalham em hospitais públicos em Lisboa, totalizando **12 entrevistas** realizadas no “Velho Mundo”.

1.5 Outros nativos, nativas e ilhas: Congressos, Seminários, Palestras e Oficinas

A construção do objeto/sujeito desta pesquisa sofreu, por certo, múltiplos ajustes desde sua ideia inicial. Não poderia ser diferente, considerando que tais ajustes fazem parte do *métier* antropológico, como já anunciei algumas vezes no corpo deste trabalho. E não somente o lócus acima referenciado auxiliou nestas mudanças como a construção da tese se deu junto à tarefa de “ouvir” nossas “referências bibliográficas” – tendo o privilégio de debater com algumas – em diversos eventos, como congressos, seminários, palestras e oficinas.

Pude participar, durante a realização do doutorado, dos seguintes eventos acadêmicos: da ANPOCS, em que fui debatedora em 2006⁷⁰ e apresentei trabalho em 2007; das Reuniões da ABA (RBA) e da Antropologia no Mercosul (RAM), com apresentação de trabalhos de 2005 a 2008, já com trabalho aprovado para 2009⁷¹; e de duas edições do Fazendo Gênero na UFSC, onde, além de apresentar trabalhos, organizei STs com colegas de outras instituições sobre o tema aborto⁷². E, ainda, no ano de 2006, junto a outras colegas antropólogas/feministas, reunimos um grupo com interesses semelhantes a fim de discutir quais seriam os limites e contribuições existentes, sobretudo, na relação entre pesquisa acadêmica e militante – daí, a criação de uma Rede Brasileira de Antropologia Feminista, que passou a existir na rede virtual (antropologiafeminista@yahoo.com.br), a qual possibilitou a troca de informações entre diversas pesquisadoras tanto em nível nacional quanto internacional. Todos estes encontros possibilitaram a elaboração de reflexões parciais sobre meu objeto de estudo e o diálogo com inúmeras colegas a respeito dos diferentes temas que abordo nesta tese.

É importante lembrar que, mesmo antes de entrar no doutorado, eu já realizara trabalho de campo nos diversos congressos em que tive a oportunidade de participar quando trabalhei como distribuidora da Revista Estudos Feministas (REF) durante 2003/2004, estando entre eles a “1ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres”, do qual falarei adiante. Ainda em Portugal, tive a oportunidade de participar dos 40 Anos da APF, conforme

⁷⁰ Debatedora do GT “Gênero e Contemporaneidade”, organizado por Luzinete Minella, Lucila Scavone e Maria Ligia Moraes.

⁷¹ Com exceção do ano de 2007, pois me encontrava em pleno doutorado sanduíche em Portugal.

⁷² Aliás, todos os trabalhos apresentados, tanto na ANPOCS como na ABA/RAM e FGs, foram referentes ao tema desta pesquisa.

mencionado, e de inúmeros seminários realizados no Instituto de Ciências Sociais de Lisboa (ICS), no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), na Universidade Técnica de Lisboa no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, na Fundação Calouste Gulbenkian, entre outras.

Também participei de oficinas de gênero, sexualidade e aborto: uma organizada pela ONG Católicas pelo Direito de Decidir (efetivamente como participante), além das inúmeras oficinas empreendidas pelo NIGS – Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades –, do qual faço parte há mais de 10 anos⁷³.

A partir destes eventos, pude entrar em contato com muitos/as profissionais da área das ciências humanas e sociais – dentre outros/as sujeitos –, especialmente antropólogos/as, os/as quais leram, debateram, estranharam e deram sugestões sobre esta pesquisa. Esse fato fez com que esses encontros se tornassem verdadeiros lócus de investigação, embora em um nível diferenciado.

1.5.1 Sobre o recolhimento de dados na imprensa: jornais, revistas e internet

Grande aliada no trabalho de campo, a imprensa teve, de forma geral, um papel considerável nesta pesquisa. Através dela, obtive acesso as múltiplas reportagens e notícias sobre o aborto. Muitos dos dados aqui apresentados e analisados partiram dessa fonte inesgotável de informação, contando com a acessibilidade e rapidez, na maior parte dos casos, da internet – sem falar dos recortes de jornais que chegaram às minhas mãos através de minha orientadora, de colegas de doutorado e de minha família.

Além disso, consegui, através do NIGS, inúmeras reportagens sobre aborto, uma vez que este núcleo possui um acervo considerável no que diz respeito a temas relativos às relações de gênero, a sexualidades, a violências e à saúde reprodutiva. Neste núcleo, existem vários arquivos organizados ano a ano, contendo recortes de jornais sobre o tema desta pesquisa, bem como sobre outros temas ligados a gênero⁷⁴.

⁷³ Na UFSC, também realizamos debates sobre o tema aborto com alunos/as da graduação e da pós-graduação utilizando alguns filmes sobre o tema das Católicas pelo Direito de Decidir, dentre eles “Aborto: um tema em Debate”, 2005. As CDD ainda possuem dois outros filmes que tratam sobre o tema, intitulados: “Aborto legal: Implicações éticas e religiosas”, 2004, e “A Decisão de Rita”, 1997 (Anexo 2). Ainda utilizamos para debate o filme “À Margem do Corpo”, 2006, com Direção e Roteiro Etnográfico de Débora Diniz e Ramon Navarro/ANIS. Ver sinopse no anexo 1.

⁷⁴ Esse trabalho de organização dos acervos foi desenvolvido pelas inúmeras bolsistas que passaram pelo NIGS. Em particular, trabalharam sobre os de aborto as bolsistas Nayara Piloni, Fernanda Cardozo, Francine Ribeiro, Gicele Sucupira e Sílvia Fernandes.

Tentei utilizar o máximo de dados que a imprensa poderia me oferecer relativo ao tema aborto, classificando especialmente assuntos que foram de interesse específico para esta investigação. Não seria possível, entretanto, colocar todos os dados noticiados pela imprensa e por outros órgãos, tais como os advindos de instituições feministas ou “pró-escolha” no Brasil (CDD, CNDM, ANIS, LEILA DINIZ, CCR, IEG, SOS CORPO, CLAM, CFEMEA, IPAS, THEMIS, Mulheres de Olho) e em Portugal (APF e UMAR), ou ainda religiosas e daquelas que se designam “pró-vida” (CNBB, Pró-vida de Anápolis, Associação Nacional pró-vida e pró-família no Brasil e em Portugal, APFN, Juntos pela Vida, Ponto e Apoio a vida, etc.), diante da imensidade de dados sobre o assunto. Abaixo, relaciono quadros contendo nomes dos principais jornais, ONGs e demais instituições pesquisados via *on line*:

Notícias investigadas via *on-line* e/ou recebidas por e-mail⁷⁵
Meses de novembro/2006 a julho/2009

Jornais Brasileiros	Cidade/Estado	Website
O Globo	Rio de Janeiro – RJ	oglobo.globo.com
Jornal do Brasil	Rio de Janeiro – RJ	jbonline.terra.com.br
Folha On Line	São Paulo – SP	www.folha.uol.com.br
O Estadão	São Paulo – SP	www.estadao.com.br
Jornal do Mundo Lusíada	São Bernardo do Campo - SP	www.mundolusiada.com.br
Jornal Brasil de Fato	São Paulo	www.brasildefato.com.br
Diário Catarinense	Florianópolis – SC	www.diario.com.br
A Notícia	Joinville – SC	www.clicrbs.com.br/anoticia
BBC Brasil	Londres/São Paulo	www.bbc.co.uk/portuguese
Correio Brasiliense	Brasília – DF	www.correioweb.com.br
Jornal do Commercio	Recife – PE	www.jornaldocomercio.com.br/
Diário de Pernambuco	Recife – PE	www.diariodepernambuco.com.br
Diário do Nordeste	Fortaleza – CE	diarionordeste.globo.com
O Estado do Paraná	Curitiba – PR	www.parana-online.com.br
Gazeta do Povo	Curitiba – PR	portal.rpc.com.br/gazetadopovo
Jornal Opção	Goiânia – GO	www.jornalopcao.com.br

⁷⁵ As listas são representativas em relação ao que foi pesquisado efetivamente.

Jornais portugueses	Cidade/Estado	Website
Açoriano Oriental	Açores	www.acorianooriental.pt
Agência Lusa	Lisboa	www.agencialusa.com.b
Arouca.Biz	Aveiro	www.arouca.biz
Avante	Lisboa	www..avante.pt
Correio da manhã	Lisboa	www.correiomanha.pt
Correio de Azeméis	Oliveira de Azemeis	www.correiodeazemeis.pt
Diário de Alentejo	Beja (Alentejo)	www.diarioalentejo.pt
Diário de notícias	Lisboa	www.dn.pt/
Diário dos Açores	Ponta Delgada (Açores)	da.online.pt
Esquerda net	Lisboa	www.esquerda.net
Jornal da Madeira	Concelho de Funchal (Madeira)	Jornal da Madeira
Jornal do barreiro	Barreiro	www.jornaldobarreiro.com.pt
Jornal regional	Porto	www.jornalregional.com
O Figueirense	Figueira da Foz	www.ofigueirense.com
Observatório do Algarve	Faro	www.observatoriodoalgarve.com
Portugal Diário	Queluz Debaixo (Lisboa)	diario.iol.pt/
Primeiro de janeiro	Porto	www.oprimeirodejaneiro.pt
Rostos on line	Setúbal	www.rostos.pt/
SAPO. PT	Aveiro	www.sapo.pt

Ongs e Outras Instituições Feministas	Cidade/Estado	Website
Brasil		
AMB	Diversos	www.articulacaodemulheres.org.br
ANIS	Brasília	www.anis.org.br
CCR	São Paulo	www.ccr.org.br/a_sobre_ccr.asp
CDD	São Paulo	www.catolicasonline.org.br
CFEMEA	Brasília	www.cfemea.org.br
CLAM	Rio de Janeiro	www.clam.org.br
CNDM	Brasília	www.presidencia.gov.br
Coletivo Leila Diniz	Natal	sospontanegra.wordpress.com/coletivo-leila-diniz
IEG	Florianópolis	www.ieg.ufsc.br
IPAS	Rio de Janeiro	www.ipas.org.br/revista
Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal	Rede nacional	www.articulacaodemulheres.org.br
SOS CORPO	Recife	www.soscorpo.org.br
SPM	Brasília	www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm
THEMIS	Porto Alegre	www.themis.org.br
Grupo de Antropólogas Feministas	e-mail	antropologiafeminista@yahoo.com.br
“Queremos ser excomungadas”	Orkut	www.ieg.ufsc.br
Mulheres de Olho	Blog	www.mulheresdeolho.org.br
Portugal		
APF	Lisboa (e outros)	www.apf.pt
UMAR	Lisboa	www.umarfeminismos.org/

Instituições Religiosas e Pró-vida	Cidade/Estado	Website
Brasil		
Associação Nacional pró-vida e pró-família no Brasil e em Portugal	Brasília – DF	providafamilia.org
CNBB	Regional sul - SP	www.cnbb.org.br
Pró-vida de Anápolis	Anápolis – GO	www.providaanapolis.org.br
Zenite	Diversos	www.zenit.org
Rádio Vaticana	Diversos	www.radiovaticana.org
Blog do Espiritismo	Blog	blog-espiritismo.blogspot.com
Folha Universal	Rio de Janeiro - RJ	folha.arcauniversal.com.br
Portugal		
APFN	Lisboa	www.apfn.com.pt
Juntos pela Vida	Lisboa	www.juntospelavida.org
Ponto e Apoio à vida	Lisboa	www.pav.org.pt

Revistas	Cidade/Estado	Website
Consultor Jurídico	São Paulo - SP	www.conjur.com.br
Revista Veja	São Paulo - SP	veja.abril.com.br
Revista Isto é	São Paulo	www.istoé.com.br
Revista Época	São Paulo	editoraglobo.globo.com

Outros portais de pesquisa	
Mídia sem Máscara	www.midiасemmascara.org
Portal médico	www.portalmedico.org.br
Unifesp – Comitê de ética	www.unifesp.br
Sociologia	www.sociologia.com.br
Antropologia	www.antropologia.com.br/colu/colu39.htm
Cremsp	www.cremesp.com.br
Jornal Zero/UFSC	blogdozero.wordpress.com/sobrezero
Mão amiga a favor da vida	apon.vilabol.uol.com.br/maoamiga.htm
Indicação de sites para aborto legal	www.aborto.com

Por fim, consegui coletar e aprimorar, dentro do que foi possível, várias ideias a partir de todo este “trabalho de terreno”, que marca, indelévelmente, minha pesquisa neste campo multissituado que são as lutas pela liberação e implantação de leis e procedimentos de aborto legal no Brasil e em Portugal.

Descrevo, nos próximos capítulos, um panorama sobre o tema aborto relativo aos últimos 30 anos nesses dois países. É dado destaque principalmente à maneira pela qual os Movimentos Feministas, a Igreja Católica, o Estado e outras instituições se empenharam e se empenham politicamente sobre o assunto, demonstrando os desafios e as conquistas destas organizações desde o final dos anos 70 até a contemporaneidade.

CAPÍTULO II

PANORAMA SOBRE O ABORTO NO BRASIL: ENTRE FEMINISMOS E “EXCOMUNHÕES”

2.1 Questões Políticas/Feminismos: a descriminalização do aborto no Brasil

2.1.1 Anos 70: Feminismos e a Ditadura Militar – o silêncio sobre o aborto

Tema polêmico discutido pelo legislativo, mídia e opinião pública, o aborto representa, no Brasil do início do século XXI, um assunto interdito. O tema é objeto de vários movimentos sociais, tanto favoráveis como desfavoráveis à sua descriminalização e legalização⁷⁶.

No Brasil, o tema aborto surge com o movimento feminista na segunda metade dos anos 70 do século XX, num momento histórico marcado pela ditadura militar. Na ocasião, o assunto não consegue fazer parte da agenda política deste movimento, tanto pelas características repressivas do período quanto pelas limitações impostas pelas alianças dos novos movimentos sociais com a Igreja progressista da linha da Teologia da Libertação (BARSTED, 1992: 104).

Nessa agitada conjuntura da ditadura militar, o ano de 1975 trouxe, para as mulheres brasileiras, uma oportunidade inédita: a instituição pela ONU (Organização das Nações Unidas) do Ano Internacional da Mulher, que, segundo Céli Pinto (2003: 56), pode ser considerado “o ano inaugural do feminismo no Brasil”⁷⁷. Neste ano, foram realizados vários eventos, a exemplo de um seminário patrocinado pela ONU e pela ABI (Associação Brasileira de Imprensa) para discutir o comportamento e o papel da mulher na sociedade brasileira. Esse evento foi, segundo Leila Barsted (1992: 44), “o primeiro momento do debate público sobre o feminismo no Brasil”, o que propiciou o panorama para o início do movimento feminista brasileiro, ainda intensamente caracterizado pela luta política contra a ditadura militar.

⁷⁶ Descriminalização seria o ato de absolver de crime, tirar a culpa de, inocentar, excluir a criminalidade ou antijuricidade de um fato. Legalização seria o ato de tornar legal, dar força da lei a, autenticar, legitimar (Dicionário Aurélio). **Descriminalizar/despenalizar** a interrupção voluntária da gravidez significa que a mulher deixa de poder ser acusada em tribunal, deixa de ser perseguida pela justiça, julgada e punida com pena de prisão. **Legalizar** significa que a interrupção voluntária da gravidez deixa de ser vista como um crime. **Liberalizar** significa que compete à mulher decidir, independentemente de prazos como atualmente existem relativamente às 24 semanas, quando, como e onde efetuar a interrupção de gravidez (<http://www.aborto.com/>).

⁷⁷ Embora as observações feitas nesta tese digam respeito à especificidade do feminismo que se inicia na década de 70, existe significativa experiência na história do feminismo no Brasil com diferentes características. Neste sentido, ver Cynthia Sarti (2004), Branca Moreira Alves (1980), Jaqueline Pitanguy (1981), Albertina Costa (1985), dentre outras.

Céli Pinto (2003) destaca que foram os pequenos grupos de caráter privado que entraram em contato com a ONU e conseguiram patrocínio para este evento que se tornou marco na história do feminismo no país. Mesmo assim, em 1975 o evento suscitou resistências por parte dos poderes constituídos.

Segundo depoimento de Maria Luiza Heilborn a Anette Goldberg (1987: 106), “muitas mulheres não quiseram participar deste evento por medo da repressão”. Foi um congresso misto, pois, neste primeiro evento, “era impensável não haver homens participando”. Além disso, o nome do evento não poderia constar “feminismo”⁷⁸, pois assustava as pessoas. Segundo Goldberg (1987: 106),

Assim, realizou-se a semana da ABI, sob a total proteção da ONU, com garantia do governo de que ninguém seria preso, com todos os participantes tomando cuidado para não se exceder e extrapolar suas intervenções o âmbito dos problemas da mulher e da situação feminina, pois havia um limite claro: não se podia criticar o regime. No final do último dia do congresso (por causa da repressão não pôde haver debate após o depoimento de Celso Furtado) mais ou menos 80 mulheres reunidas por cinco horas escreveram um texto resumindo o conteúdo das conferências com algumas conclusões, como por exemplo, a criação do Centro da Mulher Brasileira (fundado no RJ), graças à verba obtida pela ONU através de Rose Marie Muraro.

O Centro da Mulher Brasileira (CMB)⁷⁹, segundo Sônia Malheiros Miguel (1988: 64), foi a primeira Organização Feminista do Rio de Janeiro e de onde se originaram outros grupos.

Para Cynthia Sarti (1998), o reconhecimento oficial pela ONU da questão da mulher como problema social beneficiou a criação de uma fachada para um movimento social que ainda atuava “nos bastidores da clandestinidade”, abrindo espaço para a formação de grupos políticos de mulheres, que passaram a existir abertamente a partir de então.

Mas estes primeiros grupos feministas não eram homogêneos e tampouco compartilhavam as mesmas ideias. As mulheres que participavam do CMB, em princípio, tinham objetivos semelhantes que se foram transformando com o passar do tempo a ponto de

⁷⁸ Segundo Joana Maria Pedro (2006:324), a palavra feminismo esteve durante muito tempo cercada de conotações “desqualificantes”. Observa que a palavra para as mulheres denota(va) uma associação a masculinidade e, para os homens, uma associação a feminilidade. Sobre este assunto, ver também os trabalhos de Anette Goldberg (1987) e Sônia Malheiros Miguel (1988).

⁷⁹ O CMB tinha como objetivos: criar um centro de documentação, promoção e divulgação sobre a condição da mulher, pesquisas sobre a condição da mulher buscando recursos para tal; promoção e criação de grupos de reflexão sobre a condição da mulher; intercâmbios; promoção e solidariedade com todas as iniciativas do centro (Goldberg, 1987:107).

surgirem pontos de vista diferenciados, provocando desgastes, desilusões e insatisfações que conduziram várias sócias, inclusive fundadoras, a se afastarem desta instituição (GOLDBERG, 1987; PINTO, 2003).

Esses “rachas” no movimento da época identificam mais claramente as diferentes concepções de feminismo e também suas diferentes práticas (MALHEIROS MIGUEL, 1988), surgindo indicações da presença de três orientações ideológicas: um feminismo radical, um feminismo liberal e um marxismo ortodoxo (GOLDBERG, 1987: 110).

Durante os cinco anos de atuação do CMB, esta instituição abrigou tais tendências do feminismo⁸⁰, mas sempre enfrentou resistência ao projeto político feminista radical, projeto que enfatizava a centralidade da “questão da mulher” em detrimento de outras questões consideradas gerais e que trazia para discussão problemáticas consideradas “burguesas” ou mesmo “moralmente inadequadas”, como sexualidade, corpo, aborto e contracepção.

Segundo Céli Pinto, esta corrente era formada por mulheres que estiveram nos EUA e Europa, onde descobriram sua condição de mulher ampliando o modelo de mulher como esposas e mães para a possibilidade de autonomia individual, de maneira que a questão do corpo e da política passavam a ser centrais. No Brasil, vivia-se o período da ditadura militar, e iniciava-se a luta pela democratização do país. Assim, as feministas vindas “de fora”, muitas exiladas políticas, eram consideradas “burguesas”, pois a preocupação das feministas que permaneceram no Brasil – principalmente as marxistas – era a luta de classes e o trabalho com “as bases”, voltado para as mulheres operárias, camponesas ou faveladas (PINTO, 2003: 59, 66).

É emblemático, neste sentido, um depoimento anônimo feito por uma das integrantes do CMB, no qual fica explícito o modelo de feminismo vigente neste primeiro momento de preocupação com as mulheres das classes trabalhadoras em detrimento dos anseios pessoais das mulheres de camadas médias:

Todas no Centro da Mulher Brasileira se diziam feministas, mas defendiam um feminismo diferente daquele dos países desenvolvidos: aqui, tratava-se de lutar pela causa das outras mulheres, de salvar as operárias, cuja causa era mais

⁸⁰ Vale destacar que algumas mulheres que pertenciam à esquerda e que participaram da luta armada foram tomar consciência da diferença de gênero dentro da própria esquerda. Algumas delas ainda não tinham uma consciência de opressão das mulheres dentro desses grupos políticos. Mas elas existiam, e as mulheres acabavam sempre em segundo plano. Havia um silêncio das mulheres em relação à assimetria entre os sexos, à discriminação e à opressão dentro dessas organizações (Goldberg, 1987: 57). Neste sentido, Pedro (2006: 326) argumenta que algumas mulheres se foram “descobrir feministas na tortura”, como no caso de Eleonora Menicucci de Oliveira, que foi reprimida tanto pela ditadura militar quanto pela organização de esquerda a que pertencia.

importante do que a nossa, já que tínhamos comida, casa e instrução. Era engraçado, tinha até gente que saía vomitando **se se falasse em aborto**; não se podia falar em problemas pessoais, todas se diziam bem e felizes, quem tinha problemas eram as operárias, as outras mulheres, uma dissintonia total com a realidade (GOLDBERG, 1987: 113; grifos meus).

Neste sentido, ainda em depoimento a Goldberg, Maria Luiza Heilborn observou que a divulgação que ela e outras tentavam fazer sobre o aborto e a contracepção não encontrava ressonância entre as participantes do CMB e que estes assuntos desencadeavam brigas inacreditáveis. “Muitas não queriam tratar sobre o tema, pois acreditavam na aliança com a igreja católica” (GOLDBERG, 1987: 133).

Para Goldberg, os temas contracepção e aborto foram censurados no ideário feminista de esquerda hegemônico até 1979, ano da anistia política. Porém, estas temáticas já estavam presentes nas discussões de grupos feministas no exterior, como o Círculo de Mulheres Brasileiras de Paris, grupos formados por mulheres brasileiras exiladas. Neste grupo, discutia-se a questão do aborto, assim como a sexualidade e o planejamento familiar, em pequenos “grupos de reflexão”, os quais permaneciam no âmbito das discussões privadas.

Cynthia Sarti (1998) argumenta que se evitava a ressonância pública sobre esses temas, uma vez que a atuação conjunta entre o feminismo brasileiro – que se inicia entre as camadas médias – numa articulação com as camadas populares e suas organizações de bairro – constituindo-se num movimento interclasses ou no movimento de mulheres⁸¹ – envolveu uma relação muito próxima com a igreja católica. Sarti explica que “as organizações femininas de bairro ganham força como parte do trabalho pastoral inspirado na Teologia da Libertação. Isto colocou os grupos feministas politizados em permanente enfrentamento com a Igreja na busca de hegemonia dentro dos grupos populares”. Não obstante, a autora argumenta que a tônica, no entanto, foi o de uma política de “alianças” entre os grupos de esquerda, o feminismo e a Igreja Católica, todos lutando “contra a corrente do regime autoritário” (SARTI, 1998: 6).

A partir dessa perspectiva, questões diretamente ligadas ao aborto e aos demais temas relacionadas à sexualidade e à saúde reprodutiva das mulheres não foram temas explorados

⁸¹ Segundo Céli Pinto (2003: 43-44), o movimento de mulheres é anterior à década de 70 e continuou a existir paralelamente ao feminismo. Não era totalmente dissociado do movimento feminista, mas possuía suas especificidades: não colocava em xeque a condição de opressão da mulher, como no caso do feminismo, mas intervinha no mundo público com organizações contra a carestia, os clubes de mães, movimento pela anistia, etc. Teve apoio da igreja católica e batalhou também por postos de saúde, escolas e creches. O movimento feminista, por sua vez, lutava pelas mudanças de papéis a elas atribuídos pela sociedade, reconhecendo as mulheres como sistematicamente oprimidas.

mais diretamente nos anos 70. Barsted ilustra que esta estratégia era entendida como uma alternativa para o movimento:

(...) **os temas da reprodução e da sexualidade não inauguraram a primeira pauta do feminismo contemporâneo brasileiro.** A conjuntura política do regime militar, a aliança com a Igreja e com os partidos de esquerda eram fundamentais na luta contra o arbítrio e, em função disto, as questões referentes à sexualidade e reprodução tiveram que ficar estrategicamente fora do emergente discurso feminista (BARSTED, 1993, grifos meus).

Na década de 70, o tema da violência contra as mulheres foi o que impulsionou o movimento feminista brasileiro em seu primeiro momento. À época, várias manifestações públicas foram realizadas pelas feministas, as quais se intensificaram a partir do assassinato, em outubro de 1979, de Ângela Diniz por seu companheiro Doca Street⁸². E, ao contrário do contexto internacional – a exemplo da França, em que o direito ao aborto foi conquistado ainda nos anos 70 (BARSTED, 1992:44) –, somente na década de 80 o movimento assume publicamente a bandeira em defesa do aborto e toma uma posição mais ofensiva. Para Barsted,

A inclusão desse temário no final dos anos 70 tem vários significados: superação do tabu, ampliação dos espaços democráticos dentro da oposição ao regime e ao mesmo tempo, “descompressão” política por parte do regime autoritário. **O debate sobre o aborto, a sexualidade, que coloca o corpo como tema da política, se instala nos anos 80.** As feministas trazem uma grande contribuição para expandir a agenda da luta política por democracia. A chegada de mulheres brasileiras do exterior, com a promulgação da Anistia Política em 1979, representa uma profunda contribuição aos termos desse debate no Brasil em função da experiência de militância feminista em outros países, o que já apontava para a internacionalização do debate no Brasil. Os temas básicos que vão configurar a agenda dos direitos reprodutivos no país, tem um peso importante da experiência vivida lá fora (Barsted, 1993, grifos meus).

⁸² Para maiores detalhes, ver especialmente tese de doutorado intitulada *Representations sur les femmes battues - la violence contre les femmes au Rio Grande do Sul*, de Miriam Grossi (1988); e ainda Grossi (1994: 474). Vale lembrar que Doca Street foi condenado a 15 anos de prisão, cumprindo um terço da pena em regime fechado. Trinta anos após o acontecimento, esse personagem reaparece numa entrevista ao “Fantástico” no dia 03/09/2006, declarando seu arrependimento e desejo em combater, junto às feministas, as violências cometidas contra as mulheres.

A experiência vivida em outros países, a contribuição trazida pelas feministas para expandir a democracia, e, principalmente, a redemocratização vivida no Brasil durante este período⁸³ trouxeram condições para visibilizar a questão do aborto e acentuar a atuação política do movimento feminista, que teve condições para ampliar esse debate (BALTAR DA ROCHA, 2006).

2.1.2 Anos 80: feminismos em meio ao contexto da democratização – direitos reprodutivos e sexuais

Segundo Sonia Corrêa e Maria Betânia Ávila (2003), data de 1981 a primeira campanha para a descriminalização do aborto no Brasil, liderada pelos grupos feministas da época. Conforme as autoras citadas, esta questão já estava posta como um tema geral de direitos na pauta feminista, muito antes da adoção do conceito de direitos reprodutivos pelo vocabulário político nacional. Neste sentido, elas argumentam que o campo da saúde, gênero, sexualidade e reprodução veio a consolidar-se durante os anos 80 no Brasil, estando o feminismo brasileiro entre os primeiros a adotar amplamente a linguagem dos direitos reprodutivos em relação aos países em desenvolvimento.

Dessa forma, o feminismo dos anos 80 volta sua atenção também para o campo da saúde da mulher – posteriormente denominado como saúde reprodutiva – e da sexualidade, procurando desenvolver serviços de atendimento e tendo, inclusive, apoio de instituições internacionais. Especializam-se nessa área grupos autônomos de mulheres, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo e o SOS Corpo de Recife, que desenvolveram práticas “alternativas” para o tratamento médico e psicológico através de reuniões, encontros e eventos dentro e fora do país.

Conforme sugere Daniele Manini (1996: 59-60), assuntos referentes a maternidade, planejamento familiar, contracepção, aborto e direito ao corpo e ao prazer passam, desde a criação dessas ONGs, a ser extensamente discutidos, e se começa a cobrar do Estado maior assistência às mulheres. A autora observa que, diferentemente da década de 70, em que se promovia um discurso revolucionário contra o Estado, na década de 80 sua atuação transparece, pois, com a redemocratização, muitos partidos políticos começaram a lançar propostas em favor das feministas, as quais se uniram a esses partidos. Todavia, essa

⁸³ Em 1984, eclodiu um movimento denominado *Diretas Já*. Era desejo do povo brasileiro a transição da ditadura militar para um governo civil. Embora não tenha havido eleições diretas, a pressão política gerada forçou a eleição de um civil para a presidência da república: Tancredo Neves. Porém, mesmo antes de tomar posse, Tancredo morre e é substituído pelo seu vice, José Sarney (OLIVEIRA, 2001: 16).

aproximação não foi entendida como positiva por parte do movimento. Algumas feministas desejavam promover propostas autônomas, as quais não perderiam seu teor alternativo, algo que não aconteceria caso se unissem aos partidos políticos (idem, 1996: 18).

No que diz respeito especificamente à questão do aborto, feministas pertencentes a diferentes organizações questionam a subordinação das mulheres e começam a conceber a saúde reprodutiva como direito básico das mulheres.

Segundo Maria José Rosado Nunes (2002), socióloga da religião vinculada ao movimento das Católicas pelo Direito de Decidir, as reivindicações do movimento feminista passaram a incluir “a defesa da autonomia das mulheres no controle da própria sexualidade, inclusive para decidir sobre a interrupção de uma gravidez indesejada”. De acordo com a autora, é nesse momento que a igreja católica rompe com os grupos feministas, excomungando as mulheres que fossem a favor do aborto. Argumenta Rosado Nunes que as feministas conquistaram muitas vitórias nos anos 80, porém, em relação à legalização do aborto, depararam-se com a forte obstinação da Igreja Católica, “que atacou frontalmente os direitos reprodutivos” (idem: 23)⁸⁴.

Nesse novo contexto de democratização, o pacto realizado entre o movimento feminista e o Estado auxiliou na criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) na Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e ainda na criação, em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) – ambas consideradas importantes referências que anunciam a institucionalização da agenda feminista pelo Estado (ÁVILA & CORRÊA, 2003). É importante ressaltar que o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) foi instalado em setembro de 1985, e sua instituição representou uma grande conquista dos movimentos sociais feministas e de mulheres. Nos anos 80, a articulação entre os movimentos e o então futuro presidente do Brasil, Tancredo Neves, preparou a criação do Conselho. Com a morte de Tancredo, assume o vice, José Sarney, que efetiva o novo órgão vinculado ao Ministério da Justiça, através da Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985. O CNDM tinha como missão promover, em âmbito nacional, políticas para assegurar à mulher condições de liberdade, igualdade de direitos e a plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. No Governo Lula (2002-2010), o CNDM passou a fazer parte da estrutura da Secretaria

⁸⁴ Em 1985, havia sido aprovada no Rio de Janeiro uma lei de número 935/85, de iniciativa da Deputada Lúcia Arruda (PT), que obrigava a rede pública de saúde do estado do Rio de Janeiro a prestar atendimento às mulheres nos casos previstos em lei. Contudo, essa lei foi revogada a partir de pressões do então Cardeal Arcebispo D. Eugênio Salles, que pressionou o governo do estado, e a sustentabilidade dessa ação não foi garantida (ROSADO NUNES, 2002: 21). Falarei deste assunto adiante.

Especial de Políticas para as Mulheres, sendo inteiramente re-estruturado e tendo alteradas significativamente suas funções e atribuições⁸⁵.

Manini (1996) argumenta que estes e outros órgãos são consequências do reconhecimento das reivindicações feministas enquanto questões sociais e, deste modo, problematizadas politicamente. Para a autora, embora a criação desses aparelhos vinculados ao Estado não correspondesse à perspectiva do movimento feminista como um todo, que confiava que suas propostas perderiam o teor por padecerem de influências dos setores políticos, é inegável a visibilidade que a problemática feminista admite na esfera política. Segundo a autora,

O feminismo da década de 80, ao se aproximar do Estado, mostra que isso é necessário como forma de buscar caminhos para a legitimização de suas aspirações e se manifesta enquanto prática política de defesa da cidadania, na medida em que dialoga com o Estado e expõe a situação de um grupo social como um todo. Essa aproximação tem como pano de fundo a democracia que se instalava no Brasil do período e que muito contribuiu para a problematização do gênero – assim como teve a ajuda do movimento feminista para o seu processo (MANINI, 1996: 64-65).

Sendo a década de 80 marcada pela mobilização em torno da saúde e da sexualidade, o movimento feminista (liderado por organizações como CFEMEA, Católicas pelo Direito de Decidir, Rede Saúde) debate a situação de ilegalidade do aborto e solicita ao Estado a sua legalização⁸⁶. Vários são os projetos de lei sobre o tema propostos no Congresso Nacional no período (MANINI, 1996: 60), os quais não diziam respeito somente à legalização da prática do aborto ou à ampliação de seus permissivos legais (BARSTED: 1997). Alguns projetos apresentados são para tornar a lei mais severa, imiscuindo as mulheres a praticarem o aborto mesmo nos casos de gravidez provenientes de estupro.

Conforme destaca Maria Isabel Baltar da Rocha (2006), entre os anos de 1979 e 1989 foram apresentadas para discussão 11 propostas, tanto para descriminalizar o aborto, assim

⁸⁵ O CNDM participa de diversos grupos de trabalho e comissões da SPM, como a Comissão Tripartite para a revisão da legislação punitiva sobre a interrupção voluntária da gravidez e do Comitê de Articulação e Monitoramento do Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Ao participar desse monitoramento, o Conselho amplia o necessário controle social sobre as políticas públicas (<http://www.presidencia.gov.br>).

⁸⁶ O trabalho conjunto do CFEMEA, Rede Saúde e posteriormente em parceria com a CDD permitiu o estabelecimento de articulações consistentes com a Bancada Feminina no Congresso Nacional, bem como com parlamentares defensores dos direitos sexuais e reprodutivos (OLIVEIRA, 2001: 22).

como para aumentar os permissivos legais constantes no CPB⁸⁷. Também foram apresentadas, nesse período, propostas que possuíam características mais restritivas, principalmente advindas da Igreja Católica. Segundo Rocha (2006),

(...) foram apresentadas sete propostas [entre os anos de 1979 e 1985], cinco voltadas diretamente para a questão do aborto e duas nas quais o tema aparecia vinculado a projetos de lei sobre anticoncepção. Nas propostas mais diretamente vinculadas à questão do aborto e, especificamente, sobre sua incriminação, havia **três projetos de lei: um deles propunha a descriminalização do aborto e dois a ampliação dos permissivos do artigo 128 desse código** – já aparecendo em dois destes, mesmo que indiretamente, a influência do movimento feminista no debate no Congresso Nacional. Entre 1985 e 1989, quanto ao debate no Legislativo, a discussão sobre a questão do aborto entrou na Constituinte pelas mãos da Igreja Católica, para proibi-lo em todas as circunstâncias e, em grande parte, recebeu apoio de parlamentares evangélicos. O tema gerou um intenso debate em diversos momentos daquele processo, mas acabou não sendo contemplado na nova Carta – exatamente devido a sua característica controversa. Ainda em relação ao debate no Legislativo, agora em relação às suas atividades ordinárias, foram apresentados **quatro projetos – dois em 1986 e dois em 1988 – e todos detinham uma visão restritiva em relação ao aborto**. Dois deles apontam para o início de uma reação conservadora à discussão sobre aborto na sociedade e mesmo no Congresso, neste caso reagindo aos dois projetos de lei mais liberais, referidos na etapa anterior.

Para a autora, os projetos que solicitam a descriminalização do aborto já possuem, nessa década, algumas influências do movimento feminista frente ao Congresso Nacional. Mas o jogo de poderes também se instala com projetos advindos de outros setores que demonstram ser terminantemente desfavoráveis à descriminalização ou à legalização do aborto, a exemplo das Igrejas Católicas e Evangélicas.

Nesse ínterim, é importante lembrar que em 1987 foram convocadas eleições para a Assembleia Nacional Constituinte e que o Conselho Nacional de Direitos da Mulher articulou uma campanha nacional intitulada “Constituinte pra valer tem que ter direitos da mulher”.

⁸⁷ Importante lembrar que, no final dos anos 60 e início dos anos 70 alguns projetos já haviam tramitado pelo Congresso Nacional. Segundo Barsted (1995), “em 1969, foi apresentado projeto de Lei ao Congresso Nacional a fim de alterar o CPB. Em 1973 esse projeto foi reapresentado, com nova redação e, no tocante ao aborto, eliminava o recurso ao permissivo para o aborto em caso de estupro e aceitava a permissão para o aborto em caso de ‘honra’ e o aborto ‘preterdoloso’ (caso em que houve aborto, mas esse não era o resultado pretendido pelo agente). A previsão das penas era mais branda que as do atual Código, mas esse projeto de reforma não aprovado”.

Segundo Guacira Oliveira (2001), o CNDM reuniu em 1988 mais de duas mil mulheres de todo o Brasil, momento em que discutiram quais ações do movimento social de mulheres seriam propostas para tal Assembleia. Para isto, foi confeccionada a “Carta das Mulheres aos Constituintes”, documento que é considerado, por várias correntes do movimento, um marco nas lutas feministas brasileiras. Oitenta por cento das reivindicações do movimento feminista foram contempladas nesta Carta, e os constituintes rejeitaram o parecer da igreja para incluir na carta Magna a “inviolabilidade do direito à vida desde a concepção”, o que na prática significaria um retrocesso na legislação sobre o aborto que consta no CPB de 1940⁸⁸.

Todavia, como argumenta Oliveira (2001), setores *conservadores* do Congresso Nacional e da sociedade civil também exerceram forte influência sobre os constituintes, levando à rejeição das reivindicações do movimento feminista no que diz respeito à questão do aborto. As feministas acreditavam que “cada indivíduo pudesse decidir livremente” em relação ao número de filhos, questão relativa ao planejamento familiar. Do mesmo modo, a Constituição não foi totalmente restritiva quanto ao aborto, permanecendo as normas constantes no Código Penal Brasileiro de 1940, no qual o aborto já era permitido somente em casos de risco de morte da mulher e de gravidez proveniente de estupro (OLIVEIRA, 2001: 19-20).

2.1.3 Anos 90: mobilizações feministas e projetos de lei “pró” e “contra” o aborto

A década de 90 é marcada pelo fortalecimento da bandeira feminista, mas não sem tensões políticas acerca do tema dos direitos reprodutivos. Segundo Ávila e Corrêa (2003), ela é assinalada por importantíssimas discussões sobre mulher e saúde, como as que aconteceram durante as Conferências do Cairo (1994) e em Beijing (1995), momentos em que o aborto foi reconhecido internacionalmente como problema de saúde pública e em que foi solicitado aos países que o penalizam que revissem suas leis, requerendo atenção aos abortos inseguros.

A temática nesta década continua merecendo projetos de lei, e é um deles, o PL 20/91, analisado por Myrian Aldana Santin (2005; 2008). A autora argumenta que é no Congresso Nacional “que os movimentos de mulheres, de feministas, de serviços de saúde, de igrejas cristãs e principalmente da Igreja Católica, trabalharão intensamente, durante a década de 90, para garantir ou impedir a tramitação e votação de inúmeros projetos de lei referentes à vida

⁸⁸ O aborto é permitido pelo Código Penal Brasileiro (1940, artigos 127 e 128) somente nos casos de estupro e de risco de vida da mulher.

sexual e reprodutiva”. Segundo Santin (2005), já no final dos anos 80 um projeto de lei que propõe a criação de um serviço público de saúde para o atendimento aos casos de aborto previstos em lei dá a largada para um grande embate nacional: a PL 20/91.

A Assessoria do Programa de Saúde da Mulher em São Paulo encontrou, por parte do então Secretário Municipal de Saúde Eduardo Jorge, o compromisso de estabelecer um avanço político nessa área apoiado pelos movimentos de mulheres para uma nova interpretação da legislação penal. Essa iniciativa passou por uma portaria assinada pela então prefeita Luiza Erundina (PT) sendo que, em 1989, o Hospital Jabaquara, em São Paulo, tornou-se a primeira instituição a dar assistência aos casos de aborto previstos em lei (ÁVILA & CORRÊA, 2003).

Todavia, a implementação desses serviços não se deu sem conflitos. Segundo Oliveira (2001: 21), “a discussão jurídica foi a coluna vertebral dos debates”. A autora argumenta que os que eram contra a implementação do atendimento ao aborto previsto em lei exageravam “nos dogmas religiosos”. Por outro lado, “o movimento de mulheres insistia em dar caráter laico ao debate, enfocando a questão sob os pontos de vista da saúde e dos direitos humanos”.

Diante de tais assertivas e com a sucessão, à época, na prefeitura de São Paulo, surge em 1991 tal projeto, que prevê a obrigatoriedade do atendimento pelo SUS dos casos de aborto previsto no Código Penal – a PL 20/91 – por iniciativa dos então deputados do PT Eduardo Jorge e Sandra Starling.

Entretanto, esse projeto foi arquivado devido ao fato de não ter conseguido sucesso no Congresso Nacional e não tramitou nas comissões próprias durante a primeira legislatura da década. Santin (2005: 292) argumenta que somente em 1995 passou a tramitar nas comissões correspondentes e chamar atenção, com mais ênfase, dos parlamentares e daqueles interessados em sua aprovação ou desaprovação. Observa a autora que, em março do mesmo ano, foi apresentada à Câmara dos Deputados pelo ex-deputado Severino Cavalcanti uma emenda constitucional – PEC 25/95 – intensificando o debate sobre “a defesa da vida desde o momento da concepção”. Mas ela também é rejeitada pela Câmara. Caso fosse aprovada, tal medida seria incorporada à Constituição Brasileira impedindo a possibilidade de se realizar o aborto nos casos previstos em lei no CPB e, conseqüentemente, desqualificaria a proposta do PL 20/91. Com muitas restrições e discussões, esse projeto consegue ser aprovado somente em 1997. Todavia, com a visita do Papa João Paulo II ao país naquele ano, o projeto foi vetado de acordo com a CDD por grupos “conservadores” – a exemplo da CNBB – em várias frentes (ROSADO-NUNES & JURKEWICZ, 2002).

Santin também observa a coincidência de datas sobre a visita do Papa no Brasil justamente à época da votação da PL-20/91. Tendo como tema central “A Família: dom e compromisso. Esperança da Humanidade”, João Paulo II abordou a problemática da defesa da vida, fazendo ênfase na condenação do aborto. Dessa forma, após um lobby intenso⁸⁹ tanto por parte dos que eram a favor da PL 20/91 – a exemplo do grupo organizado de mulheres com apoio da Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, Feministas, da Articulação de Mulheres Brasileiras, das Católicas pelo Direito de Decidir – como daqueles que eram contra a aprovação do projeto – entre eles a CNBB e o Movimento Pró-Vida –, vieram a beneficiar-se estes últimos.

Mas o agudo debate em torno deste projeto suscitou, a partir da mobilização das feministas e do movimento de mulheres – AMB, Rede Saúde, CFEMEA, CDD –, “a campanha pela vida das mulheres em favor do PL n. 20/91”, a qual coletou 20 mil assinaturas enviadas ao Congresso Nacional. É graças a esta mobilização do final dos anos 90 que, na década seguinte, seria acionada, pela Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), uma resolução normativa do Ministério da Saúde para regulamentar o pedido de aborto no SUS, resultando na Norma Técnica de atendimento à mulher vítima de violência⁹⁰ (ÁVILA & CORRÊA, 2003: 40).

É importante também sinalizar que estavam presentes neste debate outros grupos, como a FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia –, que se articulou com feministas e com hospitais onde se praticaria o aborto legal, interferindo diretamente sobre o tema (SANTIN, 2005).

Também se pôde observar certa modificação no campo judicial. Do mesmo modo, alguns advogados e juízes passaram a assegurar às mulheres a realização do aborto previsto em lei, inclusive para anomalias fetais incompatíveis com a vida (OLIVEIRA, 2001).

Ávila e Corrêa (2003) percebem que os grupos feministas que lutavam pelo aborto nesse período optavam por uma estratégia discursiva que articulava os campos da Saúde e do Direito expandindo o acesso ao aborto legal nos anos 1990, a qual se caracterizava como uma das grandes conquistas das feministas nesta década.

⁸⁹ Entre os materiais publicados para a vinda do Papa, estão uma carta elaborada pelas Católicas pelo Direito de Decidir intitulada “Carta Aberta por Ocasão da Visita do Papa ao Brasil”; a “Carta de Frei Beto ao Papa”, publicada na Folha de São Paulo; Carta Aberta aos Senadores, Deputados e Familiares (esta última em repúdio à legalização do aborto), dentre outras várias matérias, sem contar assinaturas em abaixo-assinados e faxes.

⁹⁰ Lembram Ávila e Corrêa (2003) que o procedimento para atender casos de aborto previstos em lei foi pautado por normatizações jurídicas. Embora o código Penal caucione automaticamente a implementação desses serviços não havendo necessidade de uma lei complementar, foi utilizado um instrumento normativo necessário para tal perspectiva representado por uma portaria administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

Mas, se por um lado a demanda por esses serviços é compreendida como uma conquista por alguns setores do feminismo, por outro existiu a crítica de que, nos anos 90, o feminismo perdeu o seu radicalismo na luta pela descriminalização do aborto.

Barsted (1997: 397-398) argumenta que, entre os anos de 1992 a 1997, as demandas legislativas que se caracterizavam como o eixo principal no que diz respeito ao aborto acabaram por se estabelecer na luta pela garantia do atendimento na rede pública de saúde nos casos de interrupção da gravidez previstas no Código Penal Brasileiro (CPB), conforme mencionado. Para a autora, tais demandas acabaram por deixar em segundo plano as reivindicações pela descriminalização do aborto ou pela ampliação de permissivos legais.

O direito ao aborto legal já foi decidido pelo Poder Legislativo Federal no Código Penal, em vigor desde 1940. O que falta é sua implementação pelo Poder Executivo que, é bom lembrar, até hoje [1997], ainda não implementou devidamente o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Restringir a discussão do aborto a PL 20/91 pode se transformar em um retrocesso e em uma perda de nossa radicalidade. Há no Congresso Nacional projetos de descriminalização do aborto que ficaram de lado por considerarmos que o momento político não era oportuno (BARSTED, 1997: 400).

Para Barsted, o projeto de lei PL 20/91 foi redundante frente ao CPB, uma vez que a implementação desse projeto no SUS não dependia do legislativo, que já decidira essa questão em 1940. A autora destaca que essa implementação poderia ser dada através “de um mandado de segurança”, obtido junto ao Poder Judiciário, “contra a autoridade que se negar a reconhecer esse direito a uma mulher cuja gravidez foi resultante de estupro”, insistindo que a implementação do aborto legal no SUS deveria ser uma reivindicação do movimento feminista junto ao poder executivo e não ao legislativo.

Essa ação prevista por Leila Barsted nos anos 90 vem a se desenrolar somente a partir dos anos 2000, quando a discussão sobre o aborto se volta para a reformulação do CPB através do apoio de instâncias governamentais, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Por ora, seria interessante destacar que a criação da norma técnica pelo Ministério da Saúde não deixou de ser uma conquista das feministas nos anos 90⁹¹. Penso, nesse aspecto, que Barsted faz uma crítica pertinente no que diz respeito às dificuldades de sua implementação, mas, ainda assim, obter o direito de interromper a gravidez nos casos

⁹¹ Essa norma técnica teve uma nova versão no ano de 2005, conforme destacarei adiante.

previstos em lei através de mandados de segurança ou portarias administrativas seria um caminho ainda mais árduo para as mulheres, principalmente levando-se em consideração que a clientela do SUS abrange majoritariamente mulheres de camadas populares – que não podem arcar com os gastos correspondentes –, as quais dificilmente teriam acesso ou mesmo conhecimento de alguns percursos que lhes dariam tal garantia. Conforme observa Santin (2005: 293), “o PL 20/91 busca corrigir o vazio deixado pelo Código Penal, ou seja: ele outorgava o direito, mas não garantia as mulheres o acesso a esse direito”.

Ainda em relação aos projetos de lei que tramitaram no Congresso Nacional nos anos 90, Rocha (2006) destaca que mais 23 propostas foram apresentadas. Observa que a maior parte era favorável à permissão da prática do aborto, embora já tivesse começado uma reação a essa tendência no Congresso, conforme visto nos projetos apresentados nos anos 80.

Conforme destaca Barsted, talvez o caminho escolhido pelas feministas e pelo movimento de mulheres durante a década de 90 tenha servido como uma estratégia ou talvez como um retrocesso. De qualquer modo, a década seguinte pareceu retornar às reivindicações mais radicais das feministas pelo direito ao aborto, as quais continuaram empenhando-se na luta pelos direitos das mulheres à sua sexualidade e à reprodução. Nessa batalha por estabelecer políticas públicas que contribuíssem para a melhoria da vida de todas as mulheres, foi criada, no âmbito do governo federal nos anos 2000, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres⁹².

2.1.4 Feministas nos anos 2000: demandas em votação pela descriminalização do aborto

A Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), vinculada à Presidência da República e com atribuição de Ministério, tem à sua frente, a partir de 2004, a Ministra Nilcéia Freire e foi criada através da medida provisória número 103/2003, quando o atual Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, tomou posse no governo brasileiro, em janeiro de 2003. A SPM foi gerada objetivando desenvolver ações ligadas com todas as Secretarias Especiais e os Ministérios, tendo por desafio a incorporação de questões específicas das mulheres nas políticas públicas e a instituição de condições essenciais para a plena cidadania⁹³.

⁹² Em relação aos movimentos sociais, foram criadas, em fevereiro de 2004, em Brasília, “as Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro”, ampla articulação política feminista pelo acesso ao aborto legal e seguro, segundo a decisão da mulher, em reunião organizada e coordenada pela Rede Feminista de Saúde e realizada sob a coordenação metodológica do Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia. Ver panfleto sobre a campanha no anexo 7.

⁹³ De modo a estabelecer parcerias com diversas instâncias governamentais e explorando uma trajetória que atravessa todo o governo federal, “a SPM enfrenta as desigualdades e diferenças sociais, raciais, sexuais, étnicas

Em uma de suas tarefas mais importantes, a SPM – juntamente com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – realizou, em julho de 2004, a 1ª “Conferência Nacional de Políticas para Mulheres”.

Nessa primeira versão, foi referendada, em sua plenária durante o congresso, uma diretriz que previa a revisão da legislação que trata do aborto por ampla maioria. Após esta primeira conferência, o governo anunciou a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar o “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”. Este grupo expôs como prioridade “a revisão da legislação punitiva que trata da interrupção espontânea da gravidez”. Dessa forma, foi instituída uma comissão tripartite⁹⁴ para rever essa legislação, composta por seis representantes do governo federal, seis representantes do Congresso Nacional e seis representantes da sociedade civil para encaminhar proposta de revisão sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Durante quatro meses, essa comissão discutiu a Revisão da Legislação sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez. Terminado seu trabalho, a Ministra Nilcéia Freire apresentou à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, no dia 27 de setembro/2005, o anteprojeto de lei que propõe a descriminalização do aborto mesmo sob “diversas pressões”, a exemplo das exercidas pela CNBB⁹⁵. Essa proposta foi incorporada ao substitutivo que tem a deputada Jandira Feghali (PC do B-RJ) como relatora, não necessitando, dessa forma, “entrar no fim da fila” de projetos que aguardam apreciação do mérito na Comissão de Seguridade Social e Família⁹⁶ (Destaques CLAM, 2005).

Uma vez incorporada a tal substitutivo, rapidamente foi marcada, para o dia 30 de novembro, a votação do projeto de lei que retira o aborto do Código Penal. Contudo, esta

e das mulheres deficientes”. Neste sentido, a SPM tem por sua competência coordenar e articular políticas públicas para as mulheres, implementar e elaborar campanhas educativas e não discriminatórias, elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e das demais esferas de governo, promover a igualdade de gênero, além de destacar vários outros fatores que beneficiam a sociedade e, em particular, as questões de gênero e das mulheres (<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/Oquee/index.htm>).

⁹⁴ Essa comissão foi instalada no dia 06 de abril de 2005. Integrada por 18 pessoas que representavam a sociedade civil, o Executivo e o Legislativo, reuniu-se entre abril e agosto do mesmo ano. A maioria propôs a liberação do aborto até a 12ª semana de gestação. Para casos em que a gravidez fosse fruto de violência, o prazo seria de 20 semanas. Pela proposta, a gestante poderia fazer a interrupção da gravidez em serviços públicos ou, se tivesse plano de saúde, num hospital conveniado. Vale lembrar que, em caso de má formação fetal incompatível com a vida ou quando a gravidez representasse risco de morte à mulher, não haveria restrições quanto à idade gestacional. O relatório com os nomes dos representantes encontra-se no anexo 12.

⁹⁵ Naquele momento, o governo acabava por buscar apoio na Igreja Católica com uma carta enviada pelo Presidente Lula a Dom Geraldo Majella, na qual reafirmava sua “posição em defesa da vida em todos os seus aspectos e em todo o seu alcance” (ver carta no anexo 14).

⁹⁶ Em palestra proferida durante a SBPC (Florianópolis, SC, julho/2006), um dos membros da comissão, o médico ginecologista Rafael T. Gollop, argumentou que o projeto, “embora seja muito bem articulado, não se comunica com a sociedade civil”. Para ele, o problema estaria na desinformação do país sobre o tema, sendo que nem mesmo a mídia levou a conhecimento da população de maneira informativa o seu final. Observou ainda que a Deputada Jandira Feghali foi uma das únicas parlamentares a defender o projeto.

sessão foi transferida para o dia 06/12/2005, vindo a ser cancelada por falta de quorum parlamentar⁹⁷.

A CNBB tentou mas não conseguiu participar da comissão tripartite. Porém, pressionou para que o projeto não fosse para o Congresso⁹⁸, conforme outros vetados por influência da Igreja Católica, a exemplo do PL n. 20/91 (SANTIN, 2005). A criação da comissão e a entrada do projeto na Câmara representaram, para as organizações feministas, “um momento único na história do país”, como atestaram vários depoimentos na imprensa. Em entrevista ao *Jornal Brasil de Fato*, a médica feminista da Rede Feminista de Saúde, Fátima Oliveira, afirma que esta foi a primeira vez que o governo “chama para si a responsabilidade de fazer um debate sobre o aborto”, e, segundo ela, “a proposta é o resultado de um trabalho conjunto das feministas com o governo”. Outras lideranças consideraram também que o resultado do trabalho da comissão foi “uma vitória” para a garantia de direitos das mulheres. “Nesse processo, outros atores se somaram à nossa luta”, lembra a militante Dulce Xavier, coordenadora de comunicação de Católicas pelo Direito de Decidir e representante das Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro (*Jornal Brasil de Fato*, 12/10/2005).

Relembrando os projetos de lei que passaram pelo Congresso Nacional nesta última década, Rocha (2006) observa que, entre os anos de 1999 e 2003, foram destacadas 33 propostas, muitas com reações “conservadoras”. Ainda nesse ínterim, foram apresentados projetos sobre o tema da malformação fetal.

Vale destacar que, em 2004, a questão da interrupção da gravidez por anomalias fetais, mais especificamente por anencefalia⁹⁹, foi uma das discussões que tiveram grande repercussão tanto na mídia como em vários setores da sociedade. À época, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Marco Aurélio de Mello, autorizou, em 01 de julho de 2004, a interrupção da gravidez de feto anencefálico. Essa liminar dispensava a autorização judicial para realizar o aborto no caso específico, inclusive desobrigando os profissionais de saúde a exigirem tal autorização. Do mesmo modo, tanto os profissionais de saúde como as gestantes não seriam penalizados legalmente, uma vez que, de acordo com o Código Penal, o aborto é classificado como “crime contra a vida”.

⁹⁷ Segundo o jornal de Brasília (07/12/2005), a sessão durou cerca de uma hora, e 20 deputados entraram na sala. Porém, nem todos marcaram presença, e o quorum ficou abaixo dos 17 necessários à votação.

⁹⁸ No início de agosto/2005, em carta ao presidente da CNBB, Lula reafirmou sua “posição em defesa da vida em todos os seus aspectos, e em todo o seu alcance”. Na avaliação de Fátima Oliveira, da Rede Feminista de Saúde, “o presidente Lula utilizou o aborto para conquistar apoio político da Igreja Católica, o que é lamentável, porque o Estado deveria ser laico” (*Jornal Brasil de Fato*, 12/10/2005).

⁹⁹ A anencefalia se caracteriza pela ausência dos hemisférios cerebrais e é vulgarmente conhecida como “feto sem cérebro” (DINIZ & RIBEIRO, 2003: 44).

Esse processo foi instaurado a pedido da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) por meio de uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) e com assessoria da ONG feminista ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. A proposta de ação foi inspirada pelo caso de uma gestante que, depois de percorrer todas as instâncias do Judiciário, obtendo decisões conflitantes, teve o filho antes que o *Habeas Corpus* fosse julgado pelo STF. A criança morreu sete minutos depois de nascer (DINIZ & RIBEIRO, 2003; Informativo Anis, 2004)¹⁰⁰.

Um dos principais objetivos desse documento, segundo seus articuladores, seria o de reconhecer o direito à saúde e à liberdade da mulher (ou do casal) em prosseguir ou não com essa gravidez, estando em suas mãos a decisão de manter ou de “antecipar o parto”. Convém lembrar que a derrubada da liminar no mês de outubro de 2004 não encerrou a ação, que, desde então, passou por audiências públicas feitas pelo STF¹⁰¹ e voltou recentemente à pauta de discussão.

Em julho/2009, o tema retornou à cena política (Correio Braziliense, 09/07/2009; Diário Catarinense, 07/07/2009), após pronunciamento favorável ao aborto de anencéfalos realizado pela procuradora geral da República em exercício, Deborah Duprat, que enviou seu parecer ao STF¹⁰².

No texto, encaminhado ao tribunal em 06/07/2009, a procuradora sustentou que “antecipar o parto”, nesses casos, “constituiria exercício de direito fundamental da gestante”:

Não se está afirmando que as mulheres devem ser obrigadas a interromper a gestação nessa hipótese. **O que se está sustentando é que a escolha sobre o que fazer, nesta difícil situação, tem de competir à gestante, que deve julgar de acordo com os seus valores e a sua consciência, e não ao Estado.** A este, cabe apenas garantir os meios materiais necessários para que a vontade livre da mulher possa ser cumprida, num ou noutro sentido (Correio Braziliense, 09/07/2009, grifos meus)

Após tal pronunciamento – sendo o documento anexado à ação proposta pela CNTS –,

¹⁰⁰ O fato é representado no filme “*Habeas Corpus*”, de autoria da ONG ANIS.

¹⁰¹ Foram realizadas três audiências públicas no segundo semestre de 2008, nos meses de agosto e setembro, participando efetivamente, além do Ministro da Saúde, representantes religiosos e da sociedade civil, médicos e acadêmicos (GALLI & SYDOW, 2009).

¹⁰² A passagem de Deborah Duprat como chefe da Procuradoria Geral da República, embora tenha sido rápida – ficou durante 22 dias no cargo –, foi marcante. A procuradora interina “desengavetou” uma série de processos polêmicos, estando entre eles a ação sobre o aborto de anencéfalos, além de ajuizar outros processos polêmicos no Supremo Tribunal Federal, tais como a união civil entre homossexuais, a Marcha da Maconha e a grilagem na Amazônia. Destaca-se que Duprat foi a primeira mulher a comandar a Procuradoria Geral da República.

houve denúncias de que o tema poderia ser votado em setembro de 2009¹⁰³, algo que, até o momento (outubro/2009), não aconteceu.

Segundo Rocha (2006), a discussão do aborto se acentuou nesta década, primeiramente “como uma reação à discussão do aborto por anomalia do feto e, depois, diante das atividades da Comissão Tripartite e da apresentação do seu anteprojeto à Câmara”.

Em 2006, ano eleitoral, conforme destacou Ângela Freitas, embora o tema do aborto fosse colocado em pauta, foi dada prioridade aos debates que envolveram a política econômica e a segurança pública, dentre outros assuntos, ficando a abordagem sobre os direitos reprodutivos um tanto suspensa na invisibilidade. Somente em 2007 outros acontecimentos em torno da discussão sobre o aborto surgiram, como veremos a seguir.

2.2 Aborto: “defesa da “vida”” x “problema de saúde pública”

No primeiro semestre de 2007, a visita do Papa Bento XVI reacendeu o debate sobre o aborto ao Brasil. Mesmo antes de sua chegada, o pontífice já havia proferido um pedido aos profissionais, juristas e médicos para que se empenhassem em “elaborar um competente julgamento sobre o aborto” e que, conforme os casos apregoassem, “uma valente objeção de consciência”. Essa notícia foi retransmitida no dia 24 de fevereiro “por quase todos os grandes portais brasileiros de notícias”, segundo informes do Boletim Conexões de Campinas (jan./fev. 2007).

Tal qual dá destaque o boletim, Bento XVI pediu nessa transmissão que os “cristãos se mobilizassem”, dizendo que “o direito à vida do início ao fim” deveria ser “defendido e promovido de maneira especial pelos que creem em Cristo”: “os ataques (...) no mundo todo estão se estendendo e multiplicando, assumindo formas diferentes (...) e as pressões para a legalização do aborto na América Latina e nos países em vias de desenvolvimento são cada vez mais fortes”.

Segundo informes feministas¹⁰⁴, sua presença fortaleceria a próxima Campanha da Fraternidade, que aconteceria no ano de 2008. Essa campanha teve como argumento “a defesa

¹⁰³ A CEPIA e o CNDM lançaram campanha em 2009 para que as mulheres tenham o direito de decidir pela interrupção da gravidez em casos de anencefalia. A campanha tem como objetivo maior sensibilizar a opinião pública (ver foto no anexo 8). Também em 2009, foi criada a campanha "Criminalizar o aborto resolve? Vai Pensando Aí", que visa promover o debate sobre a eficácia e atualidade da lei penal que criminaliza o aborto, por meio de perguntas feitas a transeuntes nas ruas de uma grande cidade do país. A campanha possui um vídeo desenvolvido gratuitamente para Ipas Brasil pela Agência Santa Clara e participou como um dos finalistas ao prêmio máximo da propaganda da categoria “Filme” do Festival de Cannes de 2008. Ver anexo 9.

¹⁰⁴ <http://www.mulheresdeolho.org.br>, 09/03/2007.

da vida desde a concepção” com o lema “Escolhe, pois, a vida!”, numa iniciativa da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

Para Naara Luna (2007)¹⁰⁵, tal lema foi criado para fazer frente às questões polêmicas que envolvem tanto o esforço do Ministério da Saúde quanto o da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres “para recolocar o aborto como problema de saúde pública” – o que seria ocasião de alterar a lei em vigor – e para “o uso de embriões humanos obtidos através de tecnologias reprodutivas conceptivas em pesquisas para a produção de células-tronco”¹⁰⁶. Segundo Luna (2008: 1), “a Igreja Católica tem sido um ator fundamental em ambas as controvérsias e conseguiu aglutiná-las no tema da campanha deste ano [2008], impondo a força de um discurso religioso até então hegemônico no contexto do debate público em um Estado laico”.

Há de se chamar atenção para o fato de que, nesse embate entre aborto x política x religião, os evangélicos também passam a compor este cenário, principalmente a partir dos anos 90. Segundo Edlaine Gomes (2008)¹⁰⁷, “política e religião se tornam indissociáveis nesse contexto de atuação das diversas denominações classificadas como evangélicas”, embora não haja uma unificação “em relação ao abortamento”. De qualquer modo, a Igreja Católica ainda se constitui, segundo a autora, como o principal interlocutor religioso no debate sobre o aborto no país, embora se tenha de distinguir, como bem chama atenção Gomes (2008), que existem diferentes formatos do ‘ser católico’ em grande medida dissociados das orientações institucionais, assim como os evangélicos em suas múltiplas vertentes, ou seja, não há um só discurso católico, como também não existe apenas um discurso evangélico.

Adiante, manifestações por parte do próprio governo vieram à tona e foram noticiadas em vários jornais de circulação nacional (a exemplo da Folha de São Paulo em 09/05/2007) a respeito da visita de Bento XVI.

Antes mesmo sua chegada, o Presidente Lula declarou que o Brasil é “um Estado laico” e que o aborto deveria ser tratado como uma “questão de saúde pública”. Tal atitude endossara a postura do Ministro da Saúde José Gomes Temporão, que já se havia pronunciado a respeito do aborto como sendo um problema tal qual expresso pelo Presidente brasileiro. E, ainda nesse embate, Temporão, junto à Ministra Nilcéia Freire, criticou a postura da Igreja

¹⁰⁵ Naara Luna apresentou essa comunicação durante o Fazendo Gênero 8 na UFSC (2008), no Simpósio Temático que coordenei com a socióloga e professora da UFPR Marlene Tamanini.

¹⁰⁶ Nos itens do documento desta campanha, além de destacarem-se questões contrárias ao uso de células-tronco embrionárias em pesquisas científicas, à contracepção e ao aborto, ainda constavam a eutanásia e prevenção ao HIV/AIDS (Boletim Conexões de Campinas (jan./fev. 2007).

¹⁰⁷ O texto de Edlaine Gomes (2008) foi selecionado para ser apresentado no Fazendo Gênero 8 na UFSC, tal qual a comunicação de Naara Luna antes referenciada.

Católica e de grupos religiosos pela “agressividade” e pela tentativa de “censurar” o debate sobre o aborto quando da presença do Papa no Brasil, devido à declaração do Presidente da CNBB, Dom Geraldo Majella, que “acusou o governo de promover a promiscuidade no país”, devido a campanhas que o governo promoveria para o uso de preservativos (Folha, 09/05/2007).

Mas o debate sobre o aborto ainda se fez manifestar em 2007 na “II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres”, realizada em Brasília no mês de agosto. Nessa Conferência, houve uma recomendação para que o Projeto de Lei confeccionado pela Comissão Tripartite fosse reapresentado ao Congresso pelo Poder Executivo. Durante a conferência, as mulheres também defenderam a interrupção da gravidez nos casos de malformações fetais, sem a necessidade de autorização judicial, e reivindicaram tratamento médico “qualificado e humanizado” na área obstétrica para mulheres que optarem pelo procedimento, ainda que ele não esteja previsto em lei.

Mas, enquanto os movimentos feministas e de mulheres reivindicam ampliação dessas leis, alguns Deputados idealizam versões mais “restritivas” para o aborto. Em dezembro de 2007, foi criado um projeto denominado “bolsa estupro”, de autoria do Deputado Henrique Afonso (AC) com relatoria do Deputado Padre Linhares, do Ceará. Tal projeto previa pagar um salário mínimo até os 18 anos para o indivíduo gerado em situação de estupro, mas ele foi retirado da pauta de discussão. Muitas feministas tomaram isso como uma afronta aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres por acreditarem que esta decisão poderia estimular as vítimas a desistirem de seus direitos (CAVALCANTI et al., 2008: 133; FREITAS, 2007).

Importante lembrar que, no âmbito do Poder Legislativo em 2007, o tema do aborto esteve em debate na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, através do Projeto de Lei (PL) n. 1.135 de 1991 – acima citado –, que descriminaliza o aborto¹⁰⁸. Conforme dão destaque Galli e Sydow (2009), em 2008 este projeto foi rejeitado por três vezes, primeiramente no mês de maio na CSSF, logo depois pela Comissão de Constituição e Justiça – por ser considerado inconstitucional – nos meses de junho e julho. Segundo as autoras, existe a possibilidade de o projeto de lei ir a exame no Plenário em 2009, mas ainda não há previsão¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Segundo Beatriz Galli e Evanize Sydow (2009), o projeto foi objeto de três audiências públicas: a primeira, no dia 27 de junho de 2007; a segunda, em 29 de agosto de 2007; e a última, no dia 10 de outubro do mesmo ano. As audiências públicas tiveram o objetivo de convidar especialistas de várias áreas a trazerem subsídios, argumentos e dados para os deputados. É um espaço de debate que tem por objetivo final fornecer os elementos necessários ao relator do projeto, para a formulação de seu parecer.

¹⁰⁹ É importante mencionar, ainda no âmbito do Legislativo, que foram formadas Frentes Parlamentares contrárias à aprovação de projetos que versam sobre avanços na garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos:

Um pouco adiante, no dia 8 de dezembro de 2008, foi noticiada, por jornais de circulação nacional, a criação de uma “CPI do Aborto” pelo presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia, com o objetivo de investigar a prática de aborto clandestino. Em resposta à criação desta CPI, a bancada feminista da Câmara se pronunciou através das deputadas Rita Camata (PMDB-ES) e Maria do Rosário (PT-RS). As deputadas afirmaram “que o tema não deveria ser tratado no âmbito de uma CPI, mas como uma questão de saúde” (Agência Brasil, 2008).

Do mesmo modo, grupos feministas e de mulheres se manifestaram contrárias à CPI por considerarem a atitude “conservadora” e “ilegítima”, sendo que tais grupos contaram com o apoio da ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais –, que, à época, lançou uma nota pública de repúdio a esta CPI.

Um desses grupos, O CFEMEA – Centro Feminista de Estudo e Assessoria –, através de sua Diretora Guacira Cesar de Oliveira, manifestou seu protesto após reunião com o deputado Chinaglia, que justificou as razões que o levaram a criar a comissão. Segundo a feminista, o deputado “assegurou que obedeceu aos critérios e exigências técnicas”, o que não convenceu a diretora:

Nenhuma decisão técnica aqui é politicamente imune. Pelo contrário, as decisões técnicas da Câmara são orientadas politicamente e, portanto, para nós é inaceitável que essa nova fogueira das inquisições se monte na frente do Congresso Nacional para perseguir e criminalizar as mulheres, sem que elas tenham nenhum direito de defesa (Guacira César, Diretora do CFEMEA).

Contemporaneamente, outros dois acontecimentos referentes ao tema causaram acaloradas discussões que repercutiram tanto em nível nacional quanto internacional, num “embate social total” entre instituições feministas, de saúde, jurídicas e religiosas: a criminalização por aborto das mulheres no estado de Mato Grosso do Sul e o caso da menina de nove anos em Pernambuco que, tendo sido violentada pelo padrasto, ficou grávida de gêmeos, fatos que analiso a seguir.

2.2.1 As “indiciadas” em Mato Grosso do Sul...

A denúncia de uma clínica suspeita de realizar abortos em Campo Grande (MS) levou quase dez mil mulheres a serem indiciadas por “crime” de aborto¹¹⁰. Esse caso veio à tona em março de 2008, em uma reportagem que denunciou “as atividades irregulares de uma clínica de planejamento familiar”, localizada na área central da capital deste estado¹¹¹.

Conforme descrevem Galli e Sydow (2009), foram apreendidos pela polícia mato-grossense 9.862 prontuários médicos que se instituíaam como prova “pela prática do crime de aborto”¹¹². Com base em tais prontuários, o Ministério Público Estadual de Mato Grosso do Sul “denunciou pelo suposto crime a médica e proprietária desta clínica”, que aguarda julgamento por 25 abortos, dentre outros crimes, como formação de quadrilha e ameaça. Foram denunciadas funcionárias e mulheres que passaram pela clínica neste período – nos casos em que o crime ainda não havia prescrito –, e, como a dona da clínica, quatro dessas funcionárias também serão julgadas. Segundo anunciado pelo Jornal O Estadão (12/05/2009), estas mulheres foram acusadas por tal Ministério sendo a decisão tomada unanimemente pelos desembargadores do Tribunal de Justiça dessa comarca.

Os prontuários médicos ficaram expostos “à curiosidade popular”, anexadas ao processo, durante quase três meses, sendo amplamente divulgados pela mídia. Para as feministas Galli e Sydow (2009) a exposição dos nomes das pacientes,

Violou o seu direito à privacidade, intimidade, indicando quebra de confidencialidade e segredo médico. Além da exposição pública, o manuseio dos prontuários por pessoal não qualificado, como a polícia e o representante do Ministério Público, configura também um procedimento ilegal e violação de direitos humanos das mulheres previstos nos tratados internacionais ratificados pelo governo brasileiro. Com base nos prontuários médicos, mais mulheres estão sendo investigadas e mais processos instaurados nos futuros meses.

Consta que o advogado de defesa estava tomando providências para a não efetivação do julgamento, uma vez que, segundo o profissional, “o processo é nulo porque as acusadas não tiveram direito do devido processo legal” (O Estadão, 12/05/2009).

¹¹⁰ Até o início de novembro/2008, 150 pessoas foram indiciadas, 37 julgadas e 26 condenadas a realizarem trabalhos filantrópicos.

¹¹¹ Após reportagem da TV Morena (afiliada da Rede Globo) sobre a realização de abortos na Clínica de Planejamento Familiar na cidade de Campo Grande (GALLI & SYDOW, 2009).

¹¹² Segundo as autoras, os prontuários médicos apreendidos representavam o número de pacientes que estiveram na Clínica num período de mais de 20 anos.

Moções, cartas de repúdios e diversas ações foram realizadas pelos movimentos feministas incluindo o relatório **“Processos judiciais envolvendo abortamento: Negação dos direitos reprodutivos das mulheres em Mato Grosso do Sul”**, que demonstra, segundo suas representantes, as irregularidades na ação policial com a apreensão e manuseio dos prontuários médicos e o posterior processo contra as mulheres em Campo Grande. Tal moção foi entregue ao Secretário Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, Paulo Vanucchi, e à ministra Nilcéia Freire, da SPM, durante a XI Conferência Nacional de Direitos Humanos em Brasília.

Nessa Conferência, a Ministra Nilcéia Freire afirmou a necessidade de se resguardar a privacidade das acusadas no processo. De acordo com a ministra, “essa é uma das formas de observar os direitos humanos das mulheres”. Ela considerou o caso “como emblemático” por evidenciar a questão do aborto clandestino no Brasil (SPMU, 27/06/2008)¹¹³.

Ainda em novembro de 2008, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Federação Latino-Americana de Ginecologia e Obstetrícia (FLASOG) e os participantes do Fórum Interprofissional de Violência Sexual e Implementação do Aborto Previsto em Lei ainda enviaram moções às autoridades competentes contra a criminalização das mulheres no estado de Mato Grosso do Sul.

A feminista Paula Viana, do Grupo Curumim, através de nota pública enviada pela internet¹¹⁴, argumentou que muitas das mulheres indiciadas neste processo procuraram uma clínica clandestina devido à precariedade ou mesmo à não existência de serviços de atendimento na rede pública de saúde para ocorrências previstas em lei, como nos episódios de gestações advindas de estupro.

2.2.2... E as “excomunicações” em Pernambuco¹¹⁵

Tão discutido quanto a ocorrência das “indiciadas pelo aborto” em Mato Grosso do Sul foi o caso de uma garota de 9 anos que, após ser estuprada, ficou grávida de gêmeos na cidade de Alagoinha, interior de Pernambuco, local que não possui serviços especializados em aborto legal. O “pedófilo-estuprador” era seu padrasto, que, segundo noticiado em vários

¹¹³ <http://200.130.7.5/spmu/informativo/informativo.asp?edicao=52>.

¹¹⁴ Nota pública “Grupo Curumim” enviada pela internet pelo e-mail do grupo feminista antropologiafeminista@yahoogrupos.com.br

¹¹⁵ Excomunhão é uma punição religiosa utilizada para se retirar ou suspender um crente de uma filiação ou comunidade religiosa. A palavra significa literalmente *colocar* [alguém] *fora da comunhão*. Em algumas religiões, excomunhão inclui condenação espiritual do membro ou grupo (<http://pt.wikipedia.org>).

jornais, a violentava desde os seis anos de idade, assim como também abusava da irmã da menina (CCR, 06/03/2009).

Esse fato foi noticiado em março/2009, sendo que a grande repercussão em torno da ocorrência se deve ao fato de a condição da garota ter chamado a atenção de uma funcionária do IML por se tratar de uma menina de somente 9 anos e de este caso ter chegado ao conhecimento dos jornalistas (VIANA, 2009)¹¹⁶.

Segundo notícias divulgadas pela CCR (Comissão de Cidadania e Reprodução, 06/03/2009), a gravidez foi descoberta porque a garota se queixou de dores abdominais e foi levada a um posto de saúde. Vivendo tipicamente numa situação de miséria, a mãe pensou que a barriga da menina estivesse aumentada “em função de vermes” e, por isso, “não tomou providências”. Detectado pelos médicos risco de morte em função de uma gravidez gemelar e da pouca idade da menina – que pesava, na época, 36 quilos –, a mãe pediu que fosse realizado o aborto, caso que se enquadra na lei brasileira em suas duas alíneas: aborto por estupro e risco de morte da mulher¹¹⁷.

Mas, antes de mãe e filha conseguirem realizar o aborto legal, ambas se depararam com algumas barreiras no acesso à atenção humanizada ao abortamento. Com a alegação de que haveria discordância de opiniões entre a mãe e o pai da garota para a realização do aborto, a Superintendência do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), serviço cadastrado no Ministério da Saúde para a prática da interrupção legal da gravidez, acabou por não realizar o procedimento. Conforme noticiado no Jornal do Comércio de Recife (JC *on-line*, 06/03/2009), o pai da garota teria dito à assistência social do IMIP que é evangélico e, dessa maneira, seria contrário ao aborto.

Para a feminista Paula Viana (2009), a razão pela qual o IMIP não quis atender a garota “deve-se ao fato desta instituição sentir-se intimidada devido à intervenção da Igreja Católica”, como detalharei adiante.

Sendo que o IMIP se absteve de realizar o aborto terapêutico, o “Estado, com a devida autorização da família” (de acordo com o Grupo Curumim¹¹⁸), providenciou a transferência da menina para o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM)¹¹⁹, estabelecimento de saúde que prestou assistência e realizou o procedimento¹²⁰.

¹¹⁶ Os jornais pesquisados não deixam claro se foi tal profissional de saúde que chamou a imprensa.

¹¹⁷ Os Jornais tomam cuidado em afirmar que o aborto foi solicitado pela mãe. Em nenhuma das reportagens a que tive acesso cogita-se que o aborto foi recomendado por alguma instituição de saúde.

¹¹⁸ Notícia recebida via *on-line* em 08/03/2009 através da listade discussão antropologiafeminista@yahoogrupos.com.br.

¹¹⁹ O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM — está localizado em Recife/PE, e sua maternidade é considerada a maior de Pernambuco em número de atendimentos. A instituição é referência no

Mas o caso tomou outras proporções. A revelação do *segredo* relativo ao aborto legal da garota reacendeu ainda mais o debate sobre a “ilegalidade” do aborto no Brasil¹²¹. Do mesmo modo, instigou reações tanto do Estado, como dos Movimentos de Mulheres e dos Movimentos Feministas, assim como dos profissionais de saúde e dos Movimentos pró-vida, sendo que a Igreja Católica, em nome do Arcebispo de Recife D. José Cardoso Sobrinho, excomungou todos aqueles que participaram da efetivação do aborto.

Nesse ponto, é interessante dar uma olhada nos versos atribuídos a *Miguezim de Princesa* (PB)¹²² que circularam pela internet. Esta “literatura de cordel” traz uma versão “inspirada” e resumida das notícias que circularam a propósito do caso e sobre a reação da Igreja Católica e demais setores envolvidos nesse drama social.

2.2.3 “A excomunhão da vítima”

I

**Peço à musa do improviso
Que me dê inspiração,
Ciência e sabedoria,
Inteligência e razão,
Peço que Deus que me proteja
Para falar de uma igreja
Que comete aberração.**

II

**Pelas fogueiras que arderam
No tempo da Inquisição,
Pelas mulheres queimadas
Sem apelo ou compaixão,
Pensava que o Vaticano
Tinha mudado de plano,
Abolido a excomunhão.**

III

Mas o bispo Dom José,

Estado na assistência à gestante de alto risco e na capacitação de profissionais na área de assistência integral à mulher (<http://pt.wikipedia.org>).

¹²⁰ Segundo informações da Ong Curumim – Gestação e Parto, foi necessário o acompanhamento de perto por parte do Movimento de Mulheres para que fosse respeitada a vontade da família e para que seu direito à interrupção legal da gestação fosse de fato garantido (antropologiafeminista@yahoogrupos.com.br, 08/03/2009).

¹²¹ Diante deste caso, foi reaberto tal debate, em que instituições feministas, jurídicas e de Saúde – CFEMEA, Grupo Curumin (Gestação e Parto), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), SOS Corpo, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), IPAS Brasil, Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul (AJURIS), Comissão de Cidadania e Reprodução – realizaram uma coletiva à imprensa no dia 11/03/2009 destacando os casos recentes de estupro de meninas noticiados pelos jornais, o debate sobre o aborto legal e as propostas em discussão no Parlamento, que possivelmente entrarão na pauta de votação no Congresso Nacional durante este ano de 2009 (cfemea.org.br, 11/03/2009).

¹²² Poeta popular, Miguezim de Princesa é paraibano e está radicado em Brasília.

Um homem conservador,
 Tratou com impiedade
 A vítima de um estuprador,
 Massacrada e abusada,
 Sofrida e violentada,
 Sem futuro e sem amor.

IV

Depois que houve o estupro,
 A menina engravidou.
 Ela só tem nove anos,
 A Justiça autorizou
 Que a criança abortasse
 Antes que a vida brotasse
 Um fruto do desamor.

V

O aborto, já previsto
 Na nossa legislação,
 Teve o apoio declarado
 Do ministro Temporão,
 Que é médico bom e zeloso,
 E mostrou ser corajoso
 Ao enfrentar a questão.

VI

Além de excomungar
 O ministro Temporão,
 Dom José excomungou
 Da menina, sem razão,
 A mãe, a vó e a tia
 E se brincar puniria
 Até a quarta geração.

VII

É esquisito que a igreja,
 Que tanto prega o perdão,
 Resolva excomungar médicos
 Que cumpriram sua missão
 E num beco sem saída
 Livraram uma pobre vida
 Do fel da desilusão.

VIII

Mas o mundo está virado
 E cheio de desatinos:
 Missa virou presepada,
 Tem dança até do pepino,
 Padre que usa bermuda,
 Deixando mulher buchuda

E bolindo com os meninos.

IX

**Milhões morrendo de Aids:
É grande a devastação,
Mas a igreja acha bom
Furunfar sem proteção
E o padre prega na missa
Que camisinha na lingüiça
É uma coisa do Cão.**

X

**E esta quem me contou
Foi Lima do Camarão:
Dom José excomungou
A equipe de plantão,
A família da menina
E o ministro Temporão,
Mas para o estuprador,
Que por certo perdoou,
O arcebispo reservou
A vaga de sacristão.**

2.2.4 A “excomunhão” do “Bispo”

Mesmo antes da excomunhão, o clérigo já havia condenado a interrupção da gravidez da menina tentando barrar o aborto. Os advogados da arquidiocese de Olinda e Recife, segundo noticiado pelo Site de notícias Terra (04/03/2009), haviam preparado uma denúncia que deveria ser encaminhada ao Ministério Público, mas desistiram da medida depois da divulgação do aborto¹²³.

Com a efetivação do processo – que seguiu as normas das leis brasileiras –, Dom José Cardoso Sobrinho “excomungou” os médicos do CISAM e a mãe da menina – e, segundo consta, algumas feministas^{124 125} – numa atitude que repercutiu internacionalmente¹²⁶.

¹²³ Além disso, sob meu ponto de vista, o caso se enquadra na lei brasileira, fato que certamente é de conhecimento dos advogados da arquidiocese.

¹²⁴ Conforme noticiado pelo Correio Braziliense (08/06/2008), o grupo feminista Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) já foi excomungado pela igreja católica por difundir, colaborar, aconselhar ou ajudar mulheres na interrupção da gravidez. Segundo o bispo auxiliar da Arquidiocese do Rio de Janeiro, dom Antônio Augusto Dias Duarte, toda ação relacionada com o ato abortivo é considerada falta grave pela Igreja Católica, e o CDD se enquadra nesta situação. “Elas já estão excomungadas se têm conhecimento da lei canônica”. Para considerar as militantes do CDD excomungadas, não é preciso qualquer ato formal do Vaticano ou da direção da Igreja Católica. Na prática, as feministas já são consideradas fora da militância católica e não podem participar da comunhão eucarística durante as missas, por exemplo (Correio Braziliense, 08/06/2008).

¹²⁵ O IEG – Instituto de Estudos de Gênero – criou uma comunidade na rede social Orkut intitulado “Queremos ser excomungadas”, que, até o momento, possui mais de 350 adeptos. A criação da comunidade deve-se a uma

Contudo, conforme reafirma o poeta popular, o arcebispo não excomungou o estuprador por considerar “o crime de aborto mais grave do que o crime de estupro”. Segundo tal arcebispo, “esse padrasto cometeu um crime enorme, mas não está incluído na excomunhão. Ele cometeu um pecado gravíssimo. Agora, mais grave do que isso é o aborto... eliminar uma vida inocente” (Jornal Hoje, Rede Globo, 03/2009).

A “vida inocente” a que se refere o arcebispo era a do feto – ou dos fetos, por tratar-se de uma gravidez gemelar – e não a da menina que corria risco de morte. “Poderia haver ruptura uterina devido à sua estrutura física” – 36 quilos e 1 metro e 33 centímetros –, lembrando que estava “na 15ª semana de gestação, embora o tamanho de seu útero fosse equivalente à 20ª semana”, conforme confere a feminista Paula Viana (2009).

O arcebispo ainda declarou, em entrevista à Folha de São Paulo (06/03/2009), que “o fim não justifica os meios”: “a boa finalidade de salvar a vida dela [da garota] não podia ter suprimido duas vidas”. Exemplificou: “eu gosto muito de dar alimentos aos pobres, mas para consegui-los não posso roubar um banco ou assaltar alguém. Dois inocentes morreram, sem chance de se defender”.

As declarações do bispo causaram impacto internacional e continuaram causando polêmica no Brasil. Mas é importante frisar que o Estado nacional, muitas vezes criticado pelos movimentos feministas que cobram uma posição “laica” do governo principalmente em relação à saúde reprodutiva das mulheres¹²⁷, reagiu neste caso sob o discurso do Ministro da Saúde José Gomes Temporão e do Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva:

Ao defender levar a gravidez até o fim, estaria se colocando a vida dessa menina em risco. Há uma questão extremamente grave, e eu fiquei impactado com os dois eventos: a agressão contra a **menina e a posição desse bispo, que realmente é lamentável** (José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, 05/03/2009).

Como cristão e como católico, **lamento profundamente que um bispo da Igreja Católica tenha um comportamento, eu diria, conservador como esse**. Ou seja, não é possível que uma menina estuprada por um padrasto tenha esse filho até

postura política das integrantes contra as atitudes e ações deste bispo e, de maneira geral, da Igreja Católica, quando se posiciona de forma a querer estar além do Estado, principalmente no que se refere às questões de sexualidade e saúde reprodutiva das mulheres.

¹²⁶ A notícia percorreu o mundo, sendo destaque em jornais tais como *The New York Times*, *BBC* de Londres, *Daily Mail* da Irlanda e *Karachi News* do Paquistão (CCR, 06/03/2009).

¹²⁷ Aconteceram importantíssimas discussões sobre mulher e saúde durante as Conferências do Cairo (1994) e em Beijng (1995), e o aborto foi reconhecido como problema de saúde pública. Assim, foi solicitado aos países que penalizam o aborto que revissem suas leis, solicitando atenção aos abortos inseguros (CORRÊA & ÁVILA, 2003).

porque a menina corria risco de vida. Eu acho que, nesse aspecto, a medicina está mais correta que a Igreja. A medicina fez o que tinha que ser feito: salvar *a vida de* uma menina de nove anos (Luis Inácio Lula da Silva, Presidente da República, 06/03/2009).

Segundo informações da CCR e do Estadão (06/03/2009), o arcebispo, em resposta ao Ministro da Saúde, alegou que não se arrependeu de ter excomungado os profissionais e demais sujeitos envolvidos: "eu me arrependeria se não tivesse feito isso. Seria um pecado de omissão. Se o ministro ou outra pessoa possa ter entendimento diferente da Igreja e acha que é lícito suprimir a vida de um inocente para salvar a vida de outra pessoa, a Igreja diz não. Não é lícito". Além disso, refere que não tem o poder de excomungar ele próprio uma pessoa por se tratar de uma "penalidade automática": "está escrito nas leis da Igreja. As pessoas que atuaram diretamente para as mortes estão automaticamente excomungadas. Ou seja, não estão mais em comunhão com a Igreja. A Igreja é tão benigna que aquelas que só apoiaram não são excomungadas e as que foram não estão condenadas eternamente. Se se arrependerem, a Igreja perdoa".

Mas tal arrependimento parece não fazer parte "da visão de mundo" deste médico, tampouco intimidar os profissionais de saúde excomungados por este arcebispo – excomunhão posteriormente ponderada pelo Vaticano¹²⁸ ¹²⁹, que, em seguida aos "escândalos", anunciou "aceitar" a "renúncia" de Dom José (Jornal O Povo 01/07/2009)¹³⁰.

Em entrevista à *Folha de São Paulo* (06/03/2009), o médico e professor da UFPE que participou do processo de aborto terapêutico da garota, Rivaldo Albuquerque, lembra que não é a primeira vez que foi excomungado pelo clérigo. Em 1996, quando foi inaugurado o

¹²⁸ O Vaticano, segundo Dulce Xavier (2009), fez uma reflexão sobre a atitude "precipitada" do arcebispo e destacou que os médicos salvaram a vida da menina. Tal atitude demonstra, conforme sugere, "que há posições diferentes dentro da Igreja. Nossa ONG busca justamente mostrar que há vozes dissonantes, que não existe uma fala única. Por mais que o Vaticano tente afirmar o contrário, isto não é real".

¹²⁹ Tal atitude do Vaticano talvez tenha influenciado outros eclesiastas católicos, a exemplo do padre de Joaçaba/SC Eugênio Daubermann. Esse padre assumiu uma postura progressista ao declarar que não seria contra a interrupção da gravidez de uma garota de 12 anos grávida do padrasto em Treze Tílias/SC. Segundo ele, o aborto deveria ser decidido em conjunto pela família, pela junta médica e pelo jurídico: "a função da Igreja Católica é proteger a vida. Mas, neste caso, a vida da adolescente está em risco porque sabemos que uma menina de 12 anos não tem condições físicas para gerar outra vida. Ela pode correr risco de morte se continuar a gravidez. Além do mais, colocar filhos no mundo exige responsabilidade, e esta garota, tão jovem, não tem" (Diário Catarinense, 28/04/2009).

¹³⁰ Conforme noticiado por jornais de circulação nacional (Jornal o Povo 01/07/2009 e Diário do Nordeste 02/07/2009, etc.), o Vaticano informou que a renúncia do bispo já havia sido realizada em 30 de junho de 2008, quando completou 75 anos. Tal renúncia, segundo informado, "é estabelecida no Código de Direito Canônico e nada tem a ver com o escândalo" [da excomunhão]. Evidencia-se que, mesmo o aborto sendo condenado pela Igreja, na ocasião a decisão do arcebispo foi criticada pelo jornal "L'Osservatore Romano", editado pelo Vaticano .

serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ele e seus colegas já haviam sido “exonerados” de comungar junto à Igreja Romana.

Embora católico e reconhecendo que recebeu a notícia da excomunhão “com pesar”, relatou à imprensa que nem por isso deixaria de cumprir as obrigações inerentes à sua profissão: “fazemos [aborto em caso de estupro] pelo respeito que uma mulher vítima de violência merece”. Sua opinião em relação ao arcebispo é de estranhamento e penúria, uma vez que, seguindo seu ponto de vista, o epíscopo “não conseguiu ser misericordioso com o sofrimento de uma criança inocente, desnutrida, franzina, em risco de vida, que sofre violência desde os seus seis anos”.

Uma das últimas perguntas feitas ao médico envolvia *a proibição religiosa do aborto x seu posicionamento como católico*. Sua resposta, então, foi além de uma moral religiosa, demonstrando sua preocupação quanto ao risco de envolvimento de outras pessoas que porventura participassem desse drama social:

Folha: Então a pergunta é: como um católico faz abortos, apesar da proibição religiosa?

Albuquerque: Primeiro, é preciso que fique claro. **Não foi Deus que proibiu a interrupção da gestação em qualquer caso. Foram os homens da Igreja. E eles erram – já queimaram gente viva em praça pública, não se esqueça.** Quando comecei a trabalhar neste programa, **conversei com minha mãe, então com 80 anos, católica praticante. Perguntei se me condenaria por interromper a gestação de mulheres estupradas. Ela me disse que não.** Que, se fosse com ela, gostaria de encontrar um médico compassivo com sua situação. A mesma pergunta fiz à minha mulher – mesma resposta. **Tenho duas filhas. O que faço por outras mulheres é o que eu gostaria que fizessem pelos meus entes queridos se com eles ocorresse uma tragédia dessas.**

Enfim, nessa polêmica entre Igreja x Estado, a feminista Dulce Xavier (CDD), em entrevista ao Centro Latino-Americano em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (CLAM, 17/03/2009), observa que a Igreja Católica ultrapassa sua condição de religião quando tenta colocar-se acima do Estado e da sociedade, quando esta declara que a “lei de Deus” está acima “da lei dos homens”: “o bispo e a Igreja podem ter suas opiniões e doutrinas e estas podem até ser válidas para as/os católicos/as, porém eles não podem obrigar a população brasileira a seguir suas crenças e normas, especialmente quando a maioria dos/as católicos/as

não concorda com tais regras”¹³¹. Tal afirmação resume, sob meu ponto de vista, as declarações do Presidente Lula e do Ministro da Saúde acima referenciadas.

O Brasil, Estado laico desde 1891] com a Proclamação da República, tem o dever, diante de sua condição factual, de garantir que haja autonomia do Estado político frente ao religioso. Conforme nos lembra Roberto Blancarte (2008), esta “é a única maneira de se conseguir que um grupo não interfira no conjunto das leis e das políticas públicas”, não havendo, dessa forma, “qualquer tipo de discriminação”. Segundo o pesquisador, “o Estado não pode ser o defensor de uma só doutrina, porque, no momento em que o Estado se converte no braço armado de uma doutrina e a impõe através da legislação ou de outras políticas públicas, obviamente os outros grupos ficam desfavorecidos”. Para Blancarte, o Estado laico alude a uma série de valores como a democracia, as liberdades, a tolerância e o respeito aos direitos humanos e ao pluralismo:

O Estado tem que ser imparcial com todo mundo e a única maneira de sê-lo é manter sua autonomia diante de qualquer doutrina religiosa ou filosófica específica, porque o Estado tem que garantir o interesse público, de todos. Para fazer uma lei laica se requer uma verdadeira autonomia, mas na América Latina muitas vezes vemos que, mesmo onde há separação formal entre os Estados e as igrejas, não há, no entanto, autonomia em relação a estas instituições religiosas... Por isso digo que o Estado laico é mais do que essa separação, é a autonomia real do político frente ao religioso ou filosófico particular.

De acordo com o sociólogo, os Direitos Sexuais e Reprodutivos fazem parte, do mesmo modo, “dos direitos”, ainda que isso não favoreça particularmente a todos, “pois o Estado laico tem a seu serviço funcionários públicos que não estão aqui para impor suas crenças pessoais ou para servir a interesses de um grupo ou das maiorias, mas para servir aos interesses de todos”. Segundo o pesquisador, nenhuma crença pessoal poderia ser imposta ao público. “Todos têm direito a ter suas crenças, mas não podem as impor e utilizar sua função pública para isto”. Para Blancarte, o espaço público, do mesmo modo, deve ser “secular”, pois as leis e as decisões não devem depender de pontos de vista religiosos ou filosóficos específicos.

¹³¹ Realizei, junto a outros integrantes do NIGS/UFSC (em 25/06/2009 – Projeto “Papo Sério”), uma oficina sobre “aborto” com alunos da sétima série de uma escola pública em Florianópolis. Como dinâmica, utilizamos uma reportagem sobre a notícia da garota estuprada pelo padrasto na qual constava opiniões do médico que participou do processo, de uma feminista e do bispo. Os alunos e alunas (cerca de 40 adolescentes entre 12 e 14 anos) foram unânimes em considerar errônea a atitude do epíscopo, tanto em relação a ser contra o aborto como por ele ter excomungado os participantes do processo de aborto. Observe-se que, em meio aos/as adolescentes, alguns/algumas se pronunciaram efetivamente contra o aborto.

Todavia, chama atenção no Brasil uma outra prática diante do que deveria ser um Estado laico, conforme destacam as CDD (16/05/2009)¹³²:

Símbolos religiosos estão afixados em estabelecimentos públicos do Estado¹³³, temos feriados religiosos que respondem a uma religião específica, **parlamentares ainda expressam sem constrangimento que trabalham seguindo as leis divinas. É importante assinalar que um ou uma parlamentar, como qualquer cidadão, tem todo o direito, em sua vida pessoal, de escolher e seguir a religião que bem lhe aprouver, mas não poderia jamais se pautar por isso no momento de legislar, de realizar o trabalho que é pago com o dinheiro de impostos de cidadãos e cidadãs de todas as religiões – e de quem não tem religião também.**

Postos dessa forma, as CDD – dentre outros grupos feministas – consideram que os princípios factuais de um Estado laico são feridos em um processo legislativo¹³⁴ pautado por condicionantes metafísicos plurais (evangélicos, espíritas, católicos, etc.).

A feminista Paula Viana (2009) afirma que existe grande “vulnerabilidade das instituições públicas frente ao poder fundamentalista da Igreja Católica”, especialmente quando o tema se refere ao aborto, refletindo, automaticamente, a falta de laicidade do Estado. Viana observa que isso fica muito claro, principalmente através dos Projetos de Lei que “constrangem” e “criminalizam” as mulheres que optam por realizar um aborto. Segundo a feminista, isso se traduz especificamente no Congresso Nacional, “e o caso das quase dez mil mulheres indiciadas em Mato Grosso do Sul ilustra bem isso, uma vez que quem estava por trás de tal processo – sabe-se – eram parlamentares da bancada religiosa”.

Segundo “denunciam” as feministas de diferentes organizações, as atitudes políticas impressas por alguns Parlamentares ignoram os princípios de laicidade do Estado, os quais agem segundo suas “crenças” quando deveriam agir imparcialmente de acordo com os interesses da nação. Para estas organizações, a falta de autonomia do Estado perante qualquer “crença religiosa” ou perante a qualquer “filosofia” (BLANCARTE, 2008), acaba por “condenar” e “julgar”, nestas discussões sobre os direitos reprodutivos, literalmente as mulheres, a exemplo do caso de Mato Grosso do Sul.

¹³² Reportagem *Por um Estado laico de fato!* (16/05/2009), recebida via *on-line* através da lista de discussão antropologiafeminista@yahoogrupos.com.br intitulada.

¹³³ Como pude também observar nas instituições em que já realizei pesquisa, tais como delegacias da mulher, hospitais e escolas públicas em Santa Catarina.

¹³⁴ Segundo Dulce Xavier (CLAM, 2007), há na Câmara dos Deputados um projeto de lei que quer obrigar o registro compulsório de toda gravidez que acontecer no país, para que esta seja monitorada: “é como se toda mulher fosse uma pessoa incapaz intelectual e eticamente e precisasse de um acompanhamento policial”, observa a socióloga.

Estes dois últimos incidentes políticos trouxeram à tona os embates feministas que caracterizam a conjuntura política brasileira em relação aos direitos das mulheres no momento da finalização desta tese. De um lado, o caso de Mato Grosso mostra conflitos e divergências no campo do Judiciário, pois mostra que, apesar de se ter em nível nacional a Procuradora Geral da República em exercício Débora Duprat, que se posiciona pelo aumento dos permissivos em casos de anencefalia, em nível regional parece haver um “retrocesso” do Judiciário na condenação de centenas de mulheres que fizeram abortos clandestinos, prática jurídico-policia sem precedente no país. De outro, o caso da menina de Pernambuco, em paralelo à concordata assinada pelo Governo Lula com o Vaticano, trouxe à tona o debate sobre o papel das Igrejas e em particular da religião católica no campo das políticas públicas em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, reforçando o debate em torno da “necessidade de um verdadeiro Estado laico” no Brasil.

Guardadas as devidas proporções, esse caso das mulheres indiciadas no Mato Grosso do Sul nos reporta invariavelmente “aos julgamentos históricos” de mulheres acusadas de praticarem o aborto em Portugal (PENICHE, 2007: 42), os quais, segundo a feminista Manuela Tavares, hoje são repudiados pela maioria dos portugueses, sendo que tal artefato foi utilizado como uma das principais bandeiras frente à descriminalização do aborto naquele país – tema que discutirei no próximo capítulo.

CAP III

PANORAMA SOBRE O ABORTO EM PORTUGAL: DOS JULGAMENTOS À DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

3.1 O aborto em Portugal

3.1.1 Anos 70: reivindicações em movimento(s)

Segundo Manuela Tavares (2003: 11)¹³⁵, a história da legalização do aborto que ocorreu em países como França e Alemanha na década de 70 não ecoou da mesma maneira em Portugal. A autora interpreta que, enquanto nesses dois países mulheres de renome declararam publicamente ter abortado – pressionando, através de centenas de assinaturas, a abolição das leis restritivas ao aborto –, Portugal caracterizava-se como uma “sociedade conservadora” principalmente no que dizia respeito à sexualidade e à reprodução¹³⁶.

Na década de 70, cerca de 10 nações europeias¹³⁷ já haviam despenalizado o aborto em suas legislações, permitindo às mulheres interromper uma gravidez não desejada. Somente em 1974 – ano marcado pelo “25 de abril”¹³⁸ – as primeiras reivindicações sobre o direito ao aborto surgem em Portugal, numa publicação do Movimento de Libertação das Mulheres (MLM)¹³⁹.

¹³⁵ Utilizarei, para os movimentos sociais em Portugal, a categoria Movimento de Mulheres, pois as autoras portuguesas (PENICHE, 2007; TAVARES, 2003; GORJÃO, 2002) comumente utilizam esta categoria para se referirem ao Movimento.

¹³⁶ Interessante registrar que um dos primeiros estudos acadêmicos sobre o aborto em Portugal foi realizado no ano de 1940 por Alvaro Cunhal, intitulado “O aborto: causas e soluções”, editado em 1997 pela Editora Campo das Letras (Porto). Aos 26 anos, Cunhal já era militante comunista e defendeu sua tese de licenciatura subordinada a esse tema. A tese foi considerada revolucionária e atual para a década de 2000. Neste sentido, ver PIRES (2006).

¹³⁷ 1970: Finlândia; 1973: Dinamarca; 1974: Áustria, Alemanha e Suécia; 1975: França, Noruega e Islândia; 1978: Luxemburgo e Itália. Destaca-se que a Inglaterra despenalizou o aborto em 1967.

¹³⁸ O levante militar conhecido como “25 de Abril” ou Revolução dos Cravos derrubou num só dia, em 1974, o regime político que vigorava em Portugal desde 1926, sem grande oposição das forças abertas ao governo, que abdicaram diante do movimento popular que rapidamente apoiou os militares. Este levante foi dirigido pelos oficiais intermediários da hierarquia militar. Portugal passou por um período conturbado que durou cerca de 2 anos, marcado pela luta entre a esquerda e a direita. Foram nacionalizadas as grandes empresas. Passado um ano, realizaram-se eleições constituintes, e foi estabelecida uma democracia parlamentar de tipo ocidental. A guerra colonial acabou, e as colônias africanas tornaram-se independentes antes do fim de 1975 (Instituto-camoes.pt/bases/25abril).

¹³⁹ Para Helena Lopes da Silva (1998: 52), a questão do aborto entra na história do movimento de mulheres em Portugal, logo a seguir ao 25 de Abril de 1974. Observa que o MDM (Movimento Democrático de Mulheres), ao cortejar a alvorada do 25 de Abril, tinha reivindicações num documento que incluía o tema do aborto. Mas, segundo a médica militante do PSR (Partido Socialista Revolucionário), foi, necessariamente, o MLM que apresentou como reivindicações adjacentes a contraceção e o aborto livres e gratuitos. E a revista *Modas e Bordados e Mulher* – tendo à época Antónia Fideiro como diretora – deu início a uma campanha de esclarecimento sobre os assuntos: contraceção, aborto e sexualidade.

Mas, segundo Andrea Peniche (2007: 43), é em 1976 que se confirma efetivamente o “conservadorismo” da nação portuguesa: numa reportagem realizada por Maria Antonia Palla sobre o aborto para o programa “Nome Mulher”, a jornalista é processada “por atentado ao pudor e incitamento ao crime” devido às reações da Ordem dos Médicos, do CDS (Centro Democrático Social) e do PPD (Partido Popular Democrático). Ainda neste ano, é realizado o julgamento de Conceição Massano, acusada anonimamente de ter realizado um aborto¹⁴⁰.

Tais julgamentos se desenrolam respectivamente nos meses de junho e julho de 1979. As acusadas foram absolvidas nos dois processos diante de uma onda de solidariedade das mulheres durante este período. No caso da jornalista, foi organizada uma petição com mais de cinco mil assinaturas entregue à Assembleia da República exigindo a legalização do aborto. Em relação a Conceição Massano, o movimento de solidariedade evoluiu, e a CNAC – Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção¹⁴¹ – circulou um abaixo-assinado recolhendo a assinatura de três mil mulheres que alegavam ter abortado – seguindo o exemplo das feministas na França¹⁴².

A absolvição dessas mulheres marca significativamente a história do aborto em Portugal (PENICHE, 2007, ALMEIDA et al, 2004; TAVARES, 2003; SILVA, 1998). A opinião pública foi mobilizada, e os casos chegaram à imprensa internacional. Além das associações que faziam parte da CNAC, o Movimento Democrático de Mulheres (MDM) – um dos mais antigos de Portugal, criado em 1968¹⁴³ – também toma posição pública sobre o aborto, e alguns partidos políticos mais da esquerda – a exemplo do PS (Partido Socialista), PCP (Partido Comunista Português) e UDP (União Democrática Popular) – anunciam a preparação de projetos de lei para sua descriminalização. Dessa forma, no final dos anos 70, o aborto começa efetivamente a fazer parte da agenda política do país (TAVARES, 2003: 24).

3.1.2 Anos 80: a lei que não “despenalizou a clandestinidade”

¹⁴⁰ Segundo entrevista realizada por Teresa Horta, essa era uma jovem comum, que tinha tido uma vida muito difícil em um orfanato e, aos 18 anos, conseguiu entrar para a escola de enfermagem de Portalegre. Foi aí que descobriram seu diário, que serviu como base para a denúncia (TAVARES, 2003: 24).

¹⁴¹ Em abril de 1979, é formada a CNAC, integrando mulheres individualmente e associações como a MLM, IDM, UMAR (União de Mulheres Alternativa e Resposta), Grupo Autônomo das Mulheres do Porto e Grupos de Mulheres da associação Acadêmica de Coimbra. A partir de sua criação, os partidos políticos começam a ser pressionados a apresentarem projetos de lei para a descriminalização do aborto em Portugal.

¹⁴² Na França, um ato de rebelião com o lema “Eu declaro que abortei”, em manifesto assinado por 343 mulheres francesas no ano de 1971, surpreendeu a sociedade francesa da época numa marcha internacional com mais de quatro mil mulheres pela abolição das leis contra o aborto, o qual veio a ser efetivamente liberado no ano de 1975.

¹⁴³ Ver Gorjão (2002).

A movimentação dos partidos políticos e dos movimentos de mulheres no que diz respeito ao aborto caracterizou-se mais efetivamente entre os anos de 1980 e 1984.

Na década de 80, após este momento pouco se falou em aborto em Portugal, sendo o assunto afastado tanto da mídia como da agenda política até os anos 90.

Uma das características mais marcantes dos anos 80, além de diversas reivindicações, abaixo-assinados e campanhas realizadas pelos movimentos de mulheres para a legalização do aborto¹⁴⁴, foram os Projetos de Lei apresentados pelos partidos à Assembleia da República e suas votações, alguns com a efetiva participação desses movimentos (PINTO, 1998: 54).

Segundo Manuela Tavares (2003: 25-30), foram 04 os projetos apresentados¹⁴⁵:

Ano	Partido/Movimento	Projeto
1980	União Democrática Popular	IVG: 12 semanas Hospital público ou privado Situações: razões econômicas, sociais, psicológicas, saúde física e psíquica, estupro, má formação do feto A mulher não precisaria o motivo da solicitação para a IVG Projeto não discutido no Plenário. UDP tinha dificuldades de agendamento por ter apenas um deputado.
1982	Camp. Nac. Aborto e Contrac./União da Esquerda para a Democracia Socialista	IVG: 12 semanas Hospital público ou privado Situações: razões econômicas, sociais, psicológicas, saúde física e psíquica, estupro, má formação do feto.
1982	Partido Comunista Português	Razões: questões econômicas e sociais. O PCP não considerava que o aborto pudesse ser realizado tendo apenas como motivo a decisão da mulher. O projeto foi recusado por 127 votos contra e 105 a favor.
1983	Partido Socialista	Mais restritivo que o projeto do PCP. Não previa as razões sociais e econômicas para a despenalização do aborto. Aprovado em 23 de janeiro de 1984, permaneceu até 2007.

Tabela 01: Projetos de Lei apresentados pelos Partidos Políticos à Assembleia da República nos anos 80.

Muitas críticas foram realizadas aos projetos do PCP e principalmente ao Projeto do PS, sendo que este último partido restringia ainda mais as razões para a realização da IVG. Tanto os movimentos de mulheres como alguns partidos políticos – a exemplo da UMAR (União de Mulheres Alternativa e Resposta), da IDM (Informação, Documentação, Mulheres) e do PSR (Partido Socialista Revolucionário) – afirmavam que o problema do aborto

¹⁴⁴ Entre tais movimentações, destaca-se a entrega pela UMAR à Assembleia da República de um abaixo-assinado exigindo a legalização do aborto e sua integração com a assistência médica estatal; um dossiê sobre o aborto, desta vez entregue pela CLA (Comissão de Mulheres pela Legalização do Aborto e em defesa de uma maternidade consciente); e a Campanha da CNAC “Uma semana pelo aborto”, tendo como manifestantes médicos, deputados e intelectuais (PINTO, 1998; TAVARES, 2003).

¹⁴⁵ Um outro projeto que seria apresentado pelo PSD não veio a se consumir (TAVARES, 2003:29).

clandestino em Portugal não seria resolvido (TAVARES, 2003: 31; PENICHE, 2007: 49). De qualquer maneira, o projeto de despenalização do aborto proposto pelo PS foi aprovado e continuou em vigor sob a lei 6/84 de 11 de maio¹⁴⁶ até o ano de 2007.

3.1.3 Quebrando o silêncio nos anos 90 e “a armadilha” do Referendo

O silêncio sobre o debate em torno do aborto em Portugal é quebrado nos anos 90¹⁴⁷. Seis anos depois da aprovação do Projeto do PS, diversas movimentações são realizadas pelos grupos de mulheres feministas¹⁴⁸, organizações e partidos políticos, o que desembocou na aprovação de um Projeto de lei para a descriminalização do aborto em Portugal apresentado pela JS (Juventude Socialista). Esse projeto de lei (solicitando a interrupção voluntária da gravidez – IVG – com 12 semanas a pedido da mulher) foi votado duas vezes na Assembleia da República¹⁴⁹. Da primeira vez, o projeto não é aprovado pela diferença de um voto¹⁵⁰. Da segunda vez, ele é aprovado, porém o que, segundo Manuela Tavares, “poderia ter se tornado um dia histórico na luta pela legalização do aborto em Portugal” é barrado pela negociação entre os dirigentes do PS Antonio Guterres e do PSD Marcelo Rebelo de Sousa, os quais negociaram um referendo sobre o tema. Para as pessoas envolvidas no movimento pela contracepção e aborto, “essa resolução foi mais do que uma estratégia para não legalizar o aborto no país”.

Conforme destacou na época Maria Antônia Palla, “o referendo tinha sido uma armadilha” imposta por tais dirigentes “invalidando a aprovação no parlamento do Projeto de

¹⁴⁶ Ainda no ano de 1984, foram aprovados 2 projetos de lei: um sobre a proteção da “Maternidade e Paternidade”, Lei 4/84 de 5 de abril; e outro sobre “Planejamento Familiar e Educação Sexual”, Lei 3/84 de 24 de março. Estes projetos, segundo Tavares (2003: 31), levaram 15 anos para serem regulamentados.

¹⁴⁷ A indiferença ao tema do aborto é quebrada a partir da contestação da UMAR relativa à peritagem no Instituto de Medicina Legal a mulheres acusadas de abortar clandestinamente. O processo tinha sido instaurado pela polícia através da apreensão da agenda de uma parteira em que constava o nome de 1.200 mulheres. Segundo Tavares (2003: 34), também um Colóquio realizado com iniciativa do MODAP, “Dez anos depois, a situação do aborto em Portugal”, foi fundamental para realertar os portugueses sobre o problema do aborto, dentre outras manifestações que se seguiram.

¹⁴⁸ Ainda nesse ano, é lançado o MODAP – Movimento de Opinião pela Despenalização do Aborto em Portugal –, que vem mais tarde a transformar-se na Plataforma pelo Direito de Optar, alargada a muito mais organizações. Destacam-se também, nos anos 90, a Linha SOS Aborto (1997), que funcionou apenas dez dias, recebendo, nesse período, mais de duas centenas de telefonemas de mulheres contando situações vividas e apoiando a despenalização do aborto; a declaração “Juntas pela Dignidade”, que recolheu centenas de assinaturas de mulheres de vários quadrantes políticos, culturais, artísticos, sindicais e outros, como contraponto ao congresso do Movimento Juntos pela Vida; e a campanha do referendo integrando o Movimento SIM pela Tolerância (PINTO, 1998; TAVARES, 2003).

¹⁴⁹ Ainda outros três projetos foram votados: em 1996 os projetos do PCP e do PS e em 1999 outro projeto do PCP.

¹⁵⁰ Votaram contra o projeto o PS, o CDS-PP, PSD (apenas com 2 votos a favor e uma abstinência). A favor votaram os verdes e o PCP.

Lei da Juventude Socialista” (TAVARES, 2003: 38, PENICHE, 2007: 49). TAMBÉM HELENA PINTO (1998: 55) argumenta que, em tal conjuntura política, ceder “à realização do Referendo foi um erro crasso”.

O referendo sobre o aborto realizado em 1998 marcou esta década. Campanhas foram criadas para combater grupos ligados à Igreja Católica – os quais compartilhavam “posições extremistas” contra a descriminalização –, como também foram criados outros grupos para combater os que estavam do lado “pró-aborto”, tal qual nomeiam os/as psicólogos/as José Pais Ribeiro e Teresa Araújo (1998: 469)¹⁵¹.

Segundo a médica e ginecologista Ana Campos (2007: 71), durante o período de debate que durou aproximadamente 4 meses, destacaram-se, na campanha pelo “não”, os movimentos “Juntos pela Vida” e “Não mates o Zezinho”. Uma das campanhas com maior destaque pelo “sim” à interrupção voluntária da gravidez foi o Movimento “sim pela tolerância”¹⁵². Manuela Tavares observa que, a este último movimento, se integraram, paulatinamente, médicas/os, juristas, enfermeiras, professoras, deputadas/os, artistas, jornalistas, dentre outras/os profissionais.

Mas, segundo Ana Campos (2007: 71), as mulheres participaram muito pouco desse debate e, na opinião pública, os porta-vozes das posições partidárias foram “as vozes dominantes”. A autora observa que, “mais uma vez, os movimentos de mulheres, enquanto estruturas autônomas, tiveram pouca participação”.

Importante observar que a campanha relativa ao “sim pela tolerância” não conseguiu “fazer frente” a uma “enorme campanha da Igreja Católica, que contribui efetivamente para o nível de abstenção neste referendo” (TAVARES, 2003: 38). Posições “fundamentalistas” da igreja – conforme destacam os grupos a favor da despenalização – afirmavam que o aborto era “pior que o holocausto”, comparando as leis de interrupção voluntária da gravidez aos fornos de extermínios nazistas.

Segundo Tavares (2003: 39), alguns religiosos, a exemplo do Bispo de Viseu, convidavam a se retirar da igreja aqueles que votassem positivamente à despenalização. Assim sendo, o resultado desse referendo acabou por não ser expressivo, obtendo uma

¹⁵¹ Os/as autores/as utilizaram a expressão “pró-aborto” numa crítica à discussão que se realizava na época desse referendo considerada por ambos/as incipiente e dicotômica, tratada “entre os que são contra e os que são a favor do aborto”. Observam que o termo “pró-escolha” seria demasiadamente elaborado para ser utilizado (RIBEIRO & ARAÚJO, 1998: 469).

¹⁵² Ainda existiram pelo menos seis movimentos de cidadãos que se pronunciaram ao referendo, entre eles o movimento Vida Norte, o Movimento pela Vida e o Movimento pelo Sim (<http://www.setubalnarede.pt> - 22/06/1998).

participação de 31% dos eleitores e um resultado de 51% de votos contra a legalização da IVG (VARGAS, 2002: 6).

REFERENDO 1998	
Pergunta aprovada pela Assembleia da República para submeter ao eleitorado em relação ao referendo sobre o aborto: “Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas dez primeiras semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?”	
Eleitores em Portugal	8.489.146
Votaram	2.711.470
Não	1.357.462
Sim	1.308.843

Tabela 02: Referendo sobre o Aborto em Portugal/1998 – Resultados

Com a vitória do "não", o tema permaneceu, até o ano de 2006, num impasse. Segundo o Jornal O Público (www.publico.clix.pt 30/06/2006), em 1997, caso a “lei socialista” de despenalização do aborto tivesse ido para frente, a mesma seria certamente promulgada por Jorge Sampaio. O anterior Presidente da República também deveria ter promulgado a lei caso no referendo pelo "sim" tivesse vencido mesmo que sem eficácia vinculativa.

3.1.4 Pós-referendo de 1998 e o Julgamento da Maia

Um episódio que marcou de forma significativa o momento denominado por Tavares como “o pós-referendo em Portugal” (1998)¹⁵³ foi o “Julgamento da Maia”, ocorrido em 2001. Nesta cidade portuguesa localizada no Distrito do Porto”, o tribunal da Maia condenou uma enfermeira parteira¹⁵⁴ a oito anos e meio de prisão por ter realizado um aborto e absolveu 16 das 17 mulheres acusadas da prática do crime de aborto. A única mulher condenada

¹⁵³ Outro fator que reacendeu o debate sobre o aborto nesse país pós-referendo foi a discussão em torno da contracepção de emergência. Várias opiniões se dividiram com argumentos se este seria ou não um método abortivo. Mas a lei acabou por ser aprovada em 29/05/2001 (Lei 12/2001), e a contracepção de emergência assegurou que a chamada pílula do dia seguinte fosse distribuída gratuitamente nos centros de saúde e vendida em farmácias sem prescrição médica. Nos hospitais, seria distribuída nas consultas de planeamento familiar, obstetrícia e ginecologia (TAVARES, 2003; ALMEIDA et al, 2004).

¹⁵⁴ Nesse ínterim, Tavares argumenta que a condenação da enfermeira refletiu à época a preocupação da jornalista Inês Pedrosa sobre a fraca solidariedade com esta profissional, na medida em que a forte condenação que sofreu poderia afastar outros profissionais da saúde do circuito – embora clandestino.

confessou os fatos e foi sentenciada a quatro meses de prisão, substituíveis por 120 dias de multa. Uma outra que também havia confessado foi absolvida por ter realizado o aborto há mais de cinco anos, ficando seu caso prescrito. Uma assistente social e outras pessoas acusadas de realizarem os encaminhamentos foram condenadas a poucos dias de prisão, os quais puderam ser transformados, do mesmo modo, em multas (PENICHE, 2007: 44; TAVARES, 2003: 48).

Tanto Peniche (2007: 44) quanto Tavares (2003: 48) observam que, nessa ocasião, se gerou um clima de solidariedade para com as mulheres que abortaram, e várias manifestações foram organizadas, como, por exemplo, concentrações frente ao tribunal no dia da leitura da sentença e o recolhimento de assinaturas com o apoio de diversas personalidades internacionais, como os intelectuais Pierre Bourdieu e Noam Chomski e a deputada “verde” francesa Dominique Voynet.

Um ano depois, a enfermeira-parteira condenada neste julgamento teve sua pena reduzida para metade pelo então Presidente da República Jorge Sampaio (PENICHE, 2007: 45).

Mas estes não foram os únicos casos levados a julgamento em Portugal. Conforme noticiado em alguns jornais lusitanos no final de 2004 (Portugal Diário, Diário de Notícias, Público, Setúbal na Rede, etc.), uma jovem de 21 anos acusada da prática de aborto foi absolvida no Tribunal Criminal de Lisboa pela juíza Conceição Oliveira, que alegou que o crime não ficou provado. A mulher era acusada de interromper uma gravidez em janeiro de 2000 e foi denunciada à PSP por um enfermeiro que estava em serviço no hospital Amadora-Sintra, localizado na zona suburbana de Lisboa.

Em julho de 2005, a cidade de Setúbal foi palco de um novo julgamento sobre o aborto clandestino. As duas mulheres julgadas foram absolvidas por não terem sido provados os acontecimentos de que eram acusadas. As duas mulheres começaram a ser julgadas a 15 de julho de 2004, juntamente com uma enfermeira-parteira a quem recorreram na ocasião para a prática do aborto. Também neste caso o Ministério Público pediu a absolvição das acusadas nas argumentações finais.

Posteriormente, em julho de 2006, um médico, sua atendente e três mulheres foram condenados à prisão pelo crime de aborto no Tribunal de Aveiro¹⁵⁵, que refez um acórdão de 2004 cumprindo decisão do Tribunal de Coimbra. Todos eles – além de outras pessoas que foram absolvidas por falta de provas – haviam sido perdoados em 17/02/2004, mas o acórdão

¹⁵⁵ Aveiro é um distrito português pertencente à província tradicional da Beira Litoral.

foi declarado nulo por este mesmo tribunal, que decidiu pela legalidade dos exames médicos feitos pelas mulheres (www.portugaldiario.pt, 04/07/2006).

Segundo o Jornal Portugal Diário (04/07/2006), várias manifestações estavam sendo realizadas em solidariedade às mulheres presas, organizadas pela UMAR e pelo Movimento pela despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez. Representantes desses movimentos, tais como Natacha Amaro e a presidente da UMAR, Elisabete Brasil, consideravam que a condenação “era uma perseguição às mulheres”. Elisabete Brasil afirmou que “o crime estava na lei” e era “a própria lei que fomentava o negócio”, pois os abortos praticados clandestinamente em Portugal, segundo as manifestantes, representavam uma fonte extremamente lucrativa.

Diante de tais situações, Portugal nessa época era o único país da União Europeia que levava ao tribunal e condenava mulheres e profissionais da saúde por crime de aborto. Ainda que países da Europa como Irlanda e Polônia¹⁵⁶ possuíssem restrições em suas leis relativas ao aborto, não havia registros de mulheres levadas aos tribunais.

Importante destacar que, em um protesto contra a proibição da entrada em Portugal do barco “Woman on Waves” (www.womenonwaves.org – ONG holandesa) pelo governo português – o qual alegou que a entrada do barco consistiria em atentado à saúde pública dos portugueses –, os manifestantes observaram 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. Sequer Irlanda e Polônia, que têm leis tão restritivas quanto Portugal, impediram sua entrada (Jornal Noticias da Amadora, 06/07/2006).

Em face aos sucessivos julgamentos envolvendo as mulheres, profissionais da saúde e outras personagens pela prática do aborto, várias reivindicações foram realizadas chamando a atenção sobre a necessidade de mudança na lei.

Em 2004, a Assembleia da República discutiu novamente a necessidade de alterar a legislação sobre a IVG por iniciativa do PCP. Segundo Alegria Beltran (2006), membro da direção nacional da MDM, foram votadas algumas iniciativas legislativas para a despenalização do aborto e outras de convocação de um novo referendo (este solicitado pelo PS), embora sem progressos. No ano de 2005, o projeto para despenalização do aborto foi

¹⁵⁶ Interessante observar que na Polônia o aborto foi despenalizado em 1956, logo após a chegada dos comunistas ao poder. Em 1993, com a mudança no regime político, a lei do aborto foi restringida, sendo que sofreu restrições mais acentuadas em 1997, ficando esta lei antiaborto denominada “Lei de Planejamento Familiar”. No início dos anos 90, grupos ligados à igreja católica realizaram uma campanha na Assembleia Nacional de Médicos. Tais profissionais, embora resistissem à mudança, não conseguiram evitar que, em seu código de Ética Médico, o aborto fosse reconhecido a partir de então como crime. Assim sendo, na Polônia o aborto só é permitido até 12 semanas nos casos de estupro (devendo ser confirmado pelo Ministério Público), risco de morte da mulher ou em caso muito grave de má formação do feto (TAVARES, 2003: 55).

reapresentado pelo PCP nesta mesma assembleia. Todavia, sem o apoio do PS e do BE, a aprovação desse projeto de lei foi adiada e, conseqüentemente, o presidente da República decidiu não convocar um novo referendo. Somente em novembro de 2006, o Presidente da República português, Cavaco Silva, convocou um novo referendo para a despenalização do aborto.

3.1.5 O referendo em 2007: a escolha portuguesa pelo “Sim” e a descriminalização do aborto

O ano de 2007 representou um dos marcos mais importantes no debate sobre o aborto em Portugal. No dia 11 de fevereiro desse ano, foi realizado um novo referendo popular; e, desta vez, respondendo à mesma pergunta do referendo realizado em 1998¹⁵⁷, a escolha dos portugueses/as foi pelo “Sim” à descriminalização¹⁵⁸.

O índice de abstenção nesse referendo foi tão alto quanto o primeiro, e não foi atingido o quorum exigido pela Constituição Portuguesa (50% de eleitores/as inscritos/as) para que o resultado fosse juridicamente válido. Mas, além de o voto em Portugal não ser obrigatório, algumas razões podem ter contribuído para a alta abstenção de votantes, conforme hipóteses sugeridas por duas de minhas informantes/enfermeiras portuguesas:

Primeiramente, o povo português parece dar sinais de uma sociedade cada vez mais individualista e de descaso. E há pessoas que acreditam não terem nada a ver com isso, principalmente os homens, que ficam a dizer que esta questão nada tem a ver com eles, pois não abortam. Ainda, há jovens que pensam que isso também não tem nada a ver com eles, porque já não engravidam. E isso é um grave erro. (Teresa, Enfermeira, 04/07/2007).

Muitas dessas pessoas não votaram porque não se sentiram esclarecidas ou porque ainda restavam-lhes dúvidas. As campanhas na TV, em alguns momentos, aproximavam-se do fanatismo religioso. Pessoas ligadas ao “Não” mostravam imagens de bebês com 4 e 5 meses de vida (depois do parto) para ilustrar o aborto, folhetos com descrições quase inquisitórias de quem aborta, enfim argumentos que em nada ajudaram à discussão e ao esclarecimento. Os debates pareciam brigas entre times de futebol (Alice, Enfermeira, 04/07/2009).

¹⁵⁷ “Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas primeiras dez semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?”

¹⁵⁸ Tirei duas fotos de propagandas do Referendo/2007, as únicas que vi pela cidade, uma vez que cheguei a Lisboa quase três meses após a votação. Ver anexo 15.

Problemas de toda ordem aparecem no discurso de minhas interlocutoras: desde a transformação da sociedade portuguesa, contando atualmente com um *ethos* mais individualista, característica das sociedades modernas (DUMONT, 1985), a problemas relacionados às religiões, gênero e gerações. Talvez tais atributos tenham colaborado para que boa parte dos portugueses não fossem às urnas e conseqüentemente o referendo não tivesse sido vinculativo¹⁵⁹.

Mas há os/as que pensam que, independentemente de ter sido vinculativo ou não, “o governo tinha a obrigação moral de aceitar o resultado”, conforme dá destaque a feminista Manuela Tavares: “porque o que aconteceu da primeira vez é que aceitaram mesmo o voto não sendo vinculativo; e agora tinham que aceitar. E, dessa vez, a diferença entre o ‘Sim’ e o ‘Não’ foi muito maior. O ‘Sim’ teve muito mais votos, e também a abstenção diminuiu. Demonstrou-se a vontade do povo” (Manuela Tavares, entrevista 07/05/2007).

VOTO COMPARADO ENTRE OS REFERENDOS DE 2007 E 1998						
	INSCRITOS	ABSTENÇÃO	VOTANTES	BRANCOS / NULOS	SIM	NÃO
Referendo 2007	8.832.628	4.981.015 56,4%	3.851.613 43,6%	74.482 1,9%	2.238.053 59,3%	1.539.078 40,7%
Referendo 1998	8.280.591	5.637.902 68,1%	2.642.689 31,9%	44.147 1,7%	1.265.520 48,7%	1.333.022 51,3%
Diferença 2007 – 1998	+ 552.037 + 6,7%	- 656.887 - 11,7%	+ 1.208.924 + 11,7%	+ 30.335 + 0,2%	+ 972.533 +10,6%	+ 206.056 -10,6%

Tabela 03: Referendo sobre o aborto em Portugal/1998/2007 – Resultados

O "Sim" no referendo de 2007 à interrupção voluntária da gravidez recolheu praticamente 59,3% dos votos, contra 40,9% do "Não", enquanto a abstenção foi de 56,4%. Foram mais de 2,2 milhões de votos para o "Sim" e mais de um milhão e meio para o "Não". No referendo de 1998, a abstenção fora de 68,1%, e o "Não" ganhara por uma diferença de cerca de 67 mil votos.

Como informa Manuela Tavares, a aprovação da lei que descriminalizou a interrupção voluntária da gravidez tornou-se, assim, “irreversível”, na medida em que essa foi “a vontade popular” expressa nas urnas.

¹⁵⁹ Um referendo só pode ser vinculativo quando o número de pessoas que votam for superior à metade dos eleitores inscritos no recenseamento (http://www.parlamento.pt/const_leg/crp_port).

Contudo, antes do reconhecimento formal da IVG por lei, esta seria alvo de represálias por parte dos diferentes partidos políticos, especialmente do PSD, uma vez que este partido optou por fazer parte da campanha pelo “Não”, que se articulava contra a descriminalização do aborto. Segundo noticiado pelo jornal Diário do Alentejo (23/02/2007), esse partido “preparou-se para impedir que o resultado do referendo tivesse aplicação prática”. A ideia era criar uma “Comissão de Acompanhamento” destinada a ser “frequentada obrigatoriamente pela mulher que recorresse à instituição de saúde para interromper a sua gravidez”, numa atitude, conforme dá destaque o jornal, “de constrangimento às mulheres”.

Embora tanto essa como outras represálias tenham sido organizadas para que a lei permanecesse tal qual se encontrava, o aborto foi descriminalizado em Portugal contando com “total apoio do governo”¹⁶⁰.

Desde julho de 2007, a regulamentação da Lei nº 16/2007 de 17 de abril permite às mulheres que queiram interromper uma gravidez não desejada até as 10 primeiras semanas de gestação recorrer ao centro de saúde ou ao hospital da sua área de residência para iniciar o processo de IVG.

Para muitas de minhas interlocutoras, além do apoio do governo, o que diferenciou esta campanha da anterior realizada em 1998 foram os argumentos utilizados pelos/as integrantes dos movimentos pelo “Sim” e pelo “Não”¹⁶¹.

Na entrevista que realizei em Lisboa com Manuela Tavares, a feminista afirmou que o fato político “agarrado” pelo movimento a favor da descriminalização para sensibilizar a opinião pública foram “os julgamentos”:

Após o referendo de 1998, começavam a surgir os casos em tribunal. Os casos já existiam anteriormente. Nós depois fomos ver os dados do Ministério da Justiça, e mostrava que havia julgamentos por aborto, só que não eram anunciados. Não se sabia. A comunicação social não pegava neles. A partir do referendo, a comunicação social e também o movimento a favor do aborto cresceram. Nós, quando sabíamos de julgamentos, nós próprias avisávamos à comunicação social. E o primeiro grande julgamento, mega julgamento, que foi no Porto da Maia, foi um julgamento que teve repercussões internacionais. A partir daí, julgamento de Aveiro, Lisboa, Coimbra, tudo isso foi muito

¹⁶⁰ Consultor Jurídico, 26/03/2007; Jornal Avante, 15/02/2007, etc.

¹⁶¹ Foram 15 os movimentos cívicos pelo “Não” ao aborto e 7 pelo “Sim”. Oito anos depois do primeiro referendo, os movimentos cívicos inscritos para a campanha ao aborto triplicaram. Os partidos PS, PCP e Bloco de Esquerda apoiaram o Sim”, o CDS fez campanha pelo Não, enquanto o PSD não assumiu, em princípio, uma posição oficial nesta campanha, defendendo “que esta é uma questão de ‘consciência’”. Posteriormente, declarou-se contra a descriminalização do aborto (www.acmedia.pt/noticias/campanhadoaborto.htm)

potencializado de forma a sensibilizar a opinião pública de que não havia direito às mulheres que fossem julgadas por aborto. E isso teve muito peso na campanha atual que fizemos para o referendo. Pegamos esse fato político (Manuela Tavares, informante, entrevista 07/05/2007).

Tavares pontua que as denúncias, por exemplo, no caso do Porto da Maia, partiram de dentro de um hospital, vindo a polícia judiciária iniciar, logo em seguida, as investigações. Ainda no julgamento de Aveiro, a feminista anuncia estupefata a maneira como a polícia agiu neste acontecimento:

*Era uma coisa incrível, porque a polícia judicial fazia escutas aos telefonemas feitos ao consultório do médico, esperava as mulheres à porta do consultório, pelo que algumas delas eram levadas para o hospital do Aveiro para fazerem exames ginecológicos. **Tal violência. Uma mulher acaba de fazer um aborto e é obrigada a ir a um hospital fazer exame ginecológico.** São situações de grande pressão, de grande violência. **E foi isso que dispusemos nesse referendo** (Manuela Tavares, informante, entrevista 07/05/2007).*

A feminista observa que a direita, neste último referendo de 2007, continuou fazendo a mesma campanha anunciada em 1998: “**então a direita permaneceu insistindo no argumento do direito à vida, o direito da vida do feto, moral muito retrógrada, e a Igreja Católica com muito peso, tal e qual como 98**”, argumento que já não convenciu mais parte da população, segundo a informante.

Outro argumento utilizado tratava-se da “decisão da mulher”. Todavia, Tavares ressalta que, embora “a decisão da mulher” retratasse “ponto fulcral” na campanha – inclusive fazendo parte da pergunta do próprio referendo –, ela não foi colocada como “bandeira principal”, recebendo, inclusive, algumas críticas diante do fato:

A Decisão a ser tomada pela mulher... Nós não a colocamos como a nossa principal bandeira. A principal bandeira foram os julgamentos. Nós não queríamos mulheres julgadas, nós não queríamos mulheres perseguidas. Falávamos nas mulheres, mas não eram o foco fundamental. Alguns disseram que foi uma recusa feminista. Eu diria que foi uma tática para nós conseguirmos vencer esse referendo em que o principal objetivo era vencer. Por isso, no dia do referendo, algumas dissemos que foi uma alegria tão forte como no 25 de abril. Porque o 25 de abril não cumpriu, digamos, essa parte da cidadania das mulheres que era sobre a decisão em relação ao seu corpo, em relação a não

quererem ter filhos (Manuela Tavares, informante, entrevista 07/05/2007).

Em outra entrevista realizada, Alice, enfermeira de uma importante maternidade em Lisboa, pontuou que uma forte argumentação no referendo para descriminalizar a IVG referia-se a tratar do aborto como um “problema de saúde pública”, tanto que um dos diferenciais nesta campanha, em sua opinião, foi o número de jovens médicos que se dispuseram a participar do referendo com o slogan “Médicos pela escolha”.

Na campanha em 1998, houve bastantes médicos envolvidos. Mas a resistência da classe médica substrato contra essa questão estava lá e muito forte. Agora, houve uma evolução: formou-se um movimento mais ligado aos médicos, com jovens médicos. E esse movimento foi muito ativo e conseguiu desconstruir os argumentos científicos da outra parte da classe médica e também dos movimentos pelo “Não”, porque havia médicos envolvidos no movimento do “Não”. Assim, esse grupo de médicos conseguiu intervir em sua área específica científica. E isto foi valorativo para a campanha do “Sim”. Portanto, isto é algo novo em Portugal, porque não há essa tradição. Porque, tirando um grupo de médicos mais conscientes dessa situação, muitos médicos tinham receio de enfrentar a Ordem do Código Médico, onde consta que não se pode fazer aborto (Alice, enfermeira, 30/05/2007).

Cheguei a entrevistar uma dessas jovens médicas numa esplanada a céu aberto em Lisboa. Tal médica, especialista em clínica geral, traduziu a experiência de participar dessa campanha como algo muito “gratificante”:

Nós participamos da campanha, colhemos assinaturas, tudo na rua, na entrada do metro, em todo lugar, e precisávamos de 5 mil assinaturas no mínimo. E dizíamos que éramos de um grupo médico que estávamos a organizar o movimento, e, claro, existiam pessoas também que diziam que não iriam assinar. Mas temos que respeitar a opinião de toda a gente e ficamos felizes com o carinho que tantas pessoas dispensaram para nós. Não estávamos à espera disso. E eram pessoas que vinham ter conosco de todas as idades. Fazíamos parte dos médicos pela escolha: participavam vários médicos, enfermeiros, psicólogos, vários técnicos em saúde, que fizeram esse movimento pelo “Sim” (Maria do Carmo, médica, 09/07/2007).

Embora Tavares não se tenha referido ao aborto como “problema de saúde pública”, disse que, durante a campanha, esclarecia às pessoas as formas de se fazer um aborto e os custos inerentes às complicações de um aborto realizado na clandestinidade:

Hoje o aborto não necessita ser somente cirúrgico. Há medicamentos para fazê-lo. E, portanto, durante o referendo, nós usamos isso na campanha. Falamos muito do aborto clínico, do aborto medicamentoso, no sentido de desconstruir essa ideia do serviço nacional de saúde, os gastos, os custos que o aborto clandestino tem. Os custos sociais e econômicos. Quanto custa às mulheres entrar nos hospitais por complicações de aborto? Custa muito mais para o serviço de saúde (Manuela Tavares, informante, entrevista 07/05/2007).

Adiante, outras razões levariam às mudanças sobre a lei do aborto em Portugal. Dentre elas estaria o próprio interesse político empregado pelo governo de José Sócrates para descriminalizar o aborto, conforme comentado. Ao contrário do que aconteceu no referendo de 1998, “houve um nítido apoio do governo com a base socialista empenhada para tal descriminalização, pois o próprio Sócrates e seus ministros empenharam-se para isso”, segundo a enfermeira Alice.

Nessa direção, Tavares relembra um contexto muito difícil para a lei não ser aprovada na ocasião. Por mais que o dirigente português fosse pressionado pelos grupos de direita, ele não poderia “desrespeitar” o resultado do referendo. Tal qual no ano de 1998, esse referendo não foi vinculativo. Mas, como na época foi respeitada a decisão da maioria pelo “Não”, agora deveria ser respeitada a decisão da maioria pelo “Sim”. Além disso, Portugal, a partir do mês de julho de 2007, teria a Presidência da União Europeia e seria “constrangedor” para o governo português “estar enviando mulheres a julgamento” por “crimes de aborto”:

*Ele [Cavaco Silva] tinha um contexto muito difícil para não aprovar esta lei... Mesmo sendo vinculativo ou não vinculativo, isso passou perfeitamente ao lado... **E ele está no primeiro mandato e precisa ter algum equilíbrio para não fazer coisas desse tipo...** Era impossível. Além do mais, há o contexto da Europa, que colocava Portugal também numa situação muito difícil. **Porque Portugal vai ter a Presidência da União Europeia a partir de julho deste ano (2007). Era muito difícil para Portugal ter mulheres julgadas em tribunais. Porque isso foi muito divulgado na Europa. Houve imensos jornalistas estrangeiros que estiveram cá não somente durante o referendo. Foi durante este tempo que vinham ter conosco, pediam entrevistas e estavam muito em cima desta situação em Portugal. Então, por isso tudo, era***

muito difícil o Presidente da República não respeitar o referendo, ainda mais agora, que Portugal vai ser, estará à frente da Presidência da União Europeia (Manuela Tavares, informante, entrevista 07/05/2007).

Segundo minhas interlocutoras, a questão da descriminalização do aborto parece ter ocorrido por um interesse muito mais político por parte do “governo socialista”¹⁶² do que propriamente por vontade do povo. Esse país passou, desde então, por um período de adaptação à nova lei, sendo que se instalaram conflitos em alguns setores dessa sociedade – especialmente os que envolvem os setores da saúde – com a notícia da efetiva descriminalização do aborto em Portugal “até a décima semana de gestação a pedido da mulher”. A atual situação do aborto em terras lusitanas será um dos assuntos que discutirei no próximo item.

3.2 A atual situação do aborto em Portugal

3.2.1 O pós-referendo em Lisboa

Cheguei a Portugal no dia 02 de abril de 2007, praticamente dois meses após a realização do referendo sobre o aborto ocorrido em 11 de fevereiro¹⁶³. Nesse momento, minha questão de pesquisa dizia respeito a recolher as primeiras impressões – especialmente dos profissionais de saúde – sobre a descriminalização do aborto em um país considerado tanto “conservador” quanto “católico”.

Percebi, num primeiro momento em Lisboa, que a todo tempo as pessoas comentavam os resultados desse referendo, assim como os jornais noticiavam diariamente uma série de questões que conseqüentemente se colocariam. Tais especulações tratavam se o voto no plebiscito teria sido ou não vinculativo, se o povo residente no norte do país – mais “conservador”, segundo apontavam minhas interlocutoras – teria contribuído para a despenalização, se os hospitais “estavam preparados” para atenderem a demanda de mulheres que recorreriam ao aborto até dez semanas de gravidez, se haveria cobrança de taxas moderadoras¹⁶⁴ para estas mulheres, se tal referendo não fora realizado “para desviar a

¹⁶² “Governo Socialista”, termo nativo, refere-se a parte do nome dado aos Partidos Políticos e não a Regimes Socialistas. Agradeço ao cientista social Artemio Silva esta observação.

¹⁶³ Por questões burocráticas, não pude estar, na época do referendo, em Lisboa.

¹⁶⁴ Segundo o Ministério da Saúde Português, “taxas moderadoras são um instrumento ‘moderador, racionalizador e regulador do acesso às prestações de saúde’”. O utente (usuário/paciente) deve pagar a taxa moderadora no momento do acesso, isto é, quando se dirige aos serviços públicos de saúde ou privados

atenção do país” para assuntos outros mais “importantes” do que esse que “retira vidas” – enfim, era o assunto do momento. Eu ouvia as pessoas falarem sobre o tema no metrô, na rua, na universidade, nos seminários, na “Tasca do Chico”¹⁶⁵ e até na quitanda do “Faz Falta”, localizada na esquina de minha casa em Lisboa. E o assunto rendia ainda mais quando eu anunciava às pessoas que minha pesquisa tratava deste tema¹⁶⁶.

Ao participar, em maio, do seminário promovido pela APF – “40 Anos a promover Saúde, Escolhas e Direitos pela Igualdade de Oportunidades” –, observei como a mesa redonda “A implementação da IVG no Serviço Nacional de Saúde”, envolvendo médicos e médicas ginecologistas/obstetras¹⁶⁷, ocupava um lugar central nos debates. Nesse dia, o auditório, que tem capacidade para mais de 700 pessoas, estava lotado. Observei que a grande maioria era de mulheres, se bem que os homens também se faziam presentes. Na mesa, falou-se primeiramente sobre as campanhas eleitas para a descriminalização do aborto antes e durante o referendo, e os debates centraram-se sobre como funcionaria a nova lei. Sentia-se no ar, de maneira geral, certa inquietação por parte da plateia e de alguns dos “oradores” convidados para o debate. Apenas uma das “oradoras” – justamente minha entrevistada – parecia muito segura com suas respostas nesse embate sobre “como agir” diante da nova lei que propunha variados desafios¹⁶⁸.

Lembro que, no debate, as questões da plateia diziam respeito a inúmeras questões práticas para a implementação da nova lei: a falta de equipamentos e de medicamentos; a falta de equipes multidisciplinares para atendimento às mulheres – médicos/as, assistentes sociais, enfermeiras, psicólogas e ainda, em caso de abortamento cirúrgico, anestesistas; a questão da “confidencialidade” para as mulheres que realizariam as IVGs; as burocracias que prejudicariam a implementação; os encaminhamentos de urgência, a necessidade ou não de um horário específico para consultas; se a IVG poderia ser realizada em centros de saúde; se haveria cursos de formação; se seria ensinado aos/às alunos/as na universidade; se os profissionais de saúde tinham conhecimento da lei; como seria a aplicação da lei para mulheres imigrantes ilegais no país; como seria a estrutura física para atendimento às

convencionados e faz a inscrição. Essa taxa é inexistente para as mulheres que recorrem à IVG desde a última reformulação da Lei do aborto (julho/2007). Para mais informações, consultar (<http://www.min-saude.pt>).

¹⁶⁵ Lugar onde acontece apresentação do “fado vadio” por artistas amadores em Lisboa.

¹⁶⁶ E, nesse momento, entrava em cena a velha e conhecida caderneta – que deve acompanhar todo/a e qualquer antropólogo/a – para anotar o que essas pessoas tinham a dizer: seus elogios, suas críticas, suas indicações, suas mágoas, suas confissões...

¹⁶⁷ Não vou citar os nomes destes profissionais para não identificar informantes.

¹⁶⁸ Posteriormente, uma das enfermeiras entrevistadas me esclareceu que esta médica estava à frente na campanha sobre o referendo e que pertencia aos médicos pela escolha, sendo diretora de uma das principais maternidades de Lisboa, local onde já se praticava a IVG de acordo com a lei anterior e que, diferente de outras maternidades, possuía uma boa estrutura para atendimento.

mulheres; as consultas pós-abortamento; o planejamento familiar e os implantes contraceptivos.

Mas, em meio ao debate, uma das questões mais aventadas entre os/as profissionais foi a preocupação diante daqueles/as que se declarassem objetores/as de consciência¹⁶⁹. Discutia-se sobre as estruturas das maternidades, sobre as equipes, dentre outros assuntos, mas logo retornava-se ao tema da objeção. A preocupação principal era a falta de profissionais de saúde para a realização da IVG. Alguns profissionais, conforme destacou um dos médicos ginecologistas, poderiam alegar “falta de tempo” para atender estes casos. Do mesmo modo, havia a preocupação relativa ao tratamento que seria dado às mulheres, caso viessem a ser atendidas por tais profissionais.

Este debate funcionou como um pré-teste de minha pesquisa e pude, a partir dele, dar uma ênfase especial às entrevistas que fiz em relação a este tópico, o da “objeção de consciência”, que parecia ser o principal embate político-cultural na implantação da nova lei em Portugal. Pude também recolher importante número de reportagens da imprensa sobre o tema, pois, na época de minha pesquisa, diversos jornais portugueses anunciavam a opção pela objeção de consciência dos profissionais de saúde lusitanos.

Contudo, outras questões permanecem sem resposta: com a mudança da lei, estas mulheres estariam sendo atendidas dentro de uma perspectiva humanizada? Existiria algum tipo de dificuldade para terem acesso aos serviços de saúde? As mulheres residentes em Portugal estariam a par dessa nova lei? As mulheres estariam sendo encaminhadas pelos/as profissionais de saúde ao atendimento psicossocial? Existiria interferência por parte dos/das objetores/as de consciência nas consultas para IVG ou interferências em outro âmbito?

As respostas a estas e a outras perguntas exigiriam uma pesquisa de campo dentro das maternidades lusitanas, algo que não pude realizar. De qualquer modo, a partir das entrevistas feitas com os/as profissionais de saúde portugueses, foram captadas algumas pistas diante dessas considerações, as quais passo a discutir adiante. Início com a relação existente entre a lei e a opção de muitos/as técnicos/as de saúde pelo estatuto de objetores de consciência.

3.2.2 Profissionais de saúde lusitanos e a Objeção de Consciência

¹⁶⁹ “É considerado como objetor de consciência, quem por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem específica, por considerar que atenta contra a vida, a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico português. É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde, relativamente a quaisquer atos respeitantes à interrupção de gravidez voluntária e lícita, o direito à objeção de consciência. A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor e a sua decisão deve ser de imediato comunicada à mulher grávida ou a quem no seu lugar pode prestar o consentimento, nos termos do artigo 142^a-3b) do Código Penal” (<http://www.aborto.com>).

Ampliadas as leis do aborto em Portugal, mudanças significativas haveriam de ocorrer para atender a nova demanda que surgiria após longos anos de discussão sobre o tema. Por uma série de razões, a medida gerou conflitos; e, segundo os jornais locais, cerca de 80% dos profissionais da saúde portugueses – em sua maioria os/as médicos/as – optariam pelo Estatuto de Objeto de Consciência¹⁷⁰.

Dentre meus/minhas informantes lusitanos/as, identifiquei cinco enfermeiras que à época optaram por tal estatuto de objetoras de consciência (Maristela, Teresa, Luciana, Raquel e Patrícia). De qualquer modo, três delas, embora objetoras, participam da realização das IVGs (Teresa, Luciana e Raquel). Duas enfermeiras são terminantemente contra o aborto e não participam das IVGs (Maristela e Patrícia). As duas médicas entrevistadas são a favor e realizam as interrupções (Mariana e Maria do Carmo), assim como o enfermeiro entrevistado e uma outra enfermeira (Joaquim e Alice).

Uma das profissionais entrevistadas apontou que alguns/algumas médicos/as e enfermeiros/as solicitaram transferências de hospitais para não atuarem com os casos de aborto segundo a nova lei. Tomou isso como positivo, pois já fora testemunha de maus tratos às mulheres que haviam solicitado anteriormente a IVG. Duas outras enfermeiras relataram que colegas preconizam juízos de valor, criticando as mulheres que optam pelo aborto nos mais diversos casos, como, por exemplo, em ocorrências de Síndrome de Down, estupro e malformação fetal.

Durante meu trabalho de campo em Lisboa, dei ênfase à polêmica instaurada pela objeção de consciência questionando meus/minhas interlocutores/as a respeito das razões pelas quais a maior parte dos/as profissionais de saúde portugueses estava optando por tal protocolo, conforme discutido no Seminário da APF e no que anunciavam os jornais lusitanos¹⁷¹.

Uma das médicas entrevistadas se limitou a responder que a opção pela objeção de consciência era por razões de cunho religioso. A outra médica não descartou essa hipótese, entretanto salientou que a objeção de consciência entre os/as médicos/as se alastrava por eles não aceitarem que o aborto fosse 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

¹⁷⁰ Sobre o tema ver Porto (2008); ver ainda Dossiê Aborto REF/2008, v. 16, n.2.

¹⁷¹ Foi noticiado por jornais lusitanos (ver, por exemplo, LUSA, 2007) que vários profissionais de saúde estavam optando pelo Protocolo de Objeto de Consciência à época da nova Lei do Aborto, notícia confirmada pelos entrevistados.

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] (Mariana, médica, 02/07/2007).

Como vemos, essa profissional demonstra estar preocupada em relação ao que considera ser um direito reprodutivo das mulheres, ou seja, um direito à escolha de ter ou não ter filhos. E, nessas relações de gênero (ORTNER, 1996), critica o paternalismo dos médicos portugueses e evidencia que a objeção de consciência nada tem a ver com questões religiosas.

Um pouco mais ardente é a narrativa de uma das enfermeiras entrevistadas. Assim como a médica ginecologista, essa profissional alega que a objeção de consciência dos médicos não pode ser justificada por causa da religião. Vale a pena ler parte da narrativa dessa 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. Veem 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 à 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, 01/06/2007).*

Assim como a ginecologista, a enfermeira Luciana observa que uma das razões para os médicos adotarem o Estatuto de Objetores de Consciência está no fato de que as mulheres podem solicitar a IVG até a décima semana, independentemente do motivo pelo qual desejam/necessitam abortar. A lei anterior não possuía essa alínea, e parte dos profissionais não adotavam o Protocolo de Objetores. No entanto, a nova lei passa a dar “poder” às mulheres, o que não agrada a alguns desses profissionais de saúde, que optam pelo estatuto. Com efeito, a opção pelo Protocolo de Objetores de Consciência permite ao profissional

biomédico permanecer como agente (ORTNER, 1996; 2007) nessas ações, não relegando esse “poder” às mulheres.

A mesma enfermeira destaca que outras razões existem além das citadas. Ela chama atenção para o fato de a medicina praticada pelos médicos em Portugal, principalmente em Lisboa, não ser 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, 01/06/2007).

Uma outra enfermeira entrevistada, embora não concorde com a nova Lei do Aborto em Portugal, compartilha com a colega tal premissa. Em sua narrativa, a profissional adverte que a ética entre os médicos não é tão *ética quanto parece* e que o Estatuto de 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 às 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 objeto de consciência e por que razões [...] (Raquel, enfermeira, 25/06/2007).

Para minhas interlocutoras, o Estatuto de Objetores de Consciência parece ter-se libertado do abrigo do espírito religioso em favor de um espírito capitalista¹⁷². Nas representações dessas profissionais da biomedicina, são as tensões entre o público e o privado em função do lucro o que motiva e desvia alguns desses sujeitos do 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

¹⁷² Tais expressões – espírito religioso, espírito capitalista – estão sendo utilizadas no sentido *weberiano* (WEBER, 1992).

(CAPRARA, 1998; LANGDON, 1994)¹⁷³. Este é também o tema central do movimento pelo parto humanizado estudado por Tornquist (2004).

Percebe-se, através de seus relatos, que as ações refletidas nos comportamentos desses profissionais biomédicos vão além de uma questão ética ou moral. E, mesmo que alguns profissionais não admitam que preceitos religiosos façam parte de suas ações, tal religiosidade¹⁷⁴ pode ser percebida devido a um *habitus* católico (BOURDIEU, 1989) em seus comportamentos e ações¹⁷⁵. 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 está “disfarçada” sob a égide de questões religiosas, de moral ou de ética em detrimento da saúde reprodutiva das mulheres, tal como observam algumas acadêmicas feministas (ALDANA, 2008; CAVALCANTI et al., 2008).

Dessa forma, a objeção de consciência se torna poder simbólico¹⁷⁶ nas mãos dos profissionais de saúde – aqui especialmente dos ginecologistas/obstetras, dos anestesistas e, em menor número, dos enfermeiros –, que exercitam esse protocolo por razões legais, éticas, morais, *promíscuas* e religiosas. E, nessas relações de gênero e poder, alguns profissionais, ao invocarem o estatuto de objetores, demonstram “não respeitar o direito reprodutivo das mulheres” negando-lhes, na prática, “o direito imputado” a partir das novas leis do aborto em Portugal, segundo destacam minhas informantes lusitanas.

Mais adiante, em outros capítulos desta tese, apresentarei outros dilemas que causam conflitos entre os/as profissionais de saúde lusitanos/as, quando analisarei o tema do aborto por estupro em Portugal e o nascimento de “fetos vivos” após os procedimentos de IVG em Lisboa.

¹⁷³ Esse é o caso de médicos que participaram de movimentos cívicos que se empenharam pelo “sim” na campanha a favor do aborto durante o plebiscito em Portugal. Dentre eles, Vasco Freire, dirigente dos “Médicos pela Opção”, reconheceu que há colegas alegando preceitos morais para não realizar abortos. Em entrevista aos jornais lusitanos (conforme Revista Consultor Jurídico, 17/07/2007), ele ressalta que, “*em muitos casos, a objeção de consciência é aplicada apenas em hospitais do Estado e não na medicina privada*”. Tal apontamento é compartilhado pelo colega de profissão, o ginecologista Miguel de Oliveira e Silva, para quem o problema fundamental habita na mentalidade dos médicos lusos. Segundo afirmação deste profissional, “*existem casos em que pela manhã, no Serviço Nacional de Saúde, os médicos alegam questão de consciência, mas, à tarde, quando praticam a medicina privada, já não o são*”.

¹⁷⁴ Compreendo por “religiosidade” uma experiência subjetiva, uma disposição motivadora que mobiliza e/ou (re)produz uma energia interior/transcendental no ser humano. Tal disposição pode modificar comportamentos e atitudes e se relaciona intimamente com a espiritualidade (OLIVEIRA, 1999). Penso ainda, como Duarte (2005: 141), que a ‘religiosidade’ é estruturada como adesão, experiência ou crença a partir das manifestações modernas do fenômeno religioso.

¹⁷⁵ Sobre a questão da religiosidade em ambientes biomédicos, ver os trabalhos de Armelle Giglio-Jacquemot (2005) e de Raquel de Menezes (2004).

¹⁷⁶ O poder simbólico, para Bourdieu (1989:15), é um “poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder”.

Passados dois anos da implantação da lei e de minha estada naquele país, faço, a seguir, alguns apontamentos sobre o tema a partir das questões e debates que continuei acompanhando no sítio da Associação para o Planejamento da Família.

3.2.3 A aplicação da lei da IVG em 2009

As estatísticas referentes à IVG após a nova lei relativas ao ano de **2008** apontavam 17.511 IVGs a pedido da mulher em Portugal, segundo dados da Direção Geral da Saúde (DGS). Cerca de 1.300 IVGs são realizadas por mês dentro do enquadramento legal¹⁷⁷.

Para avaliar de que maneira os profissionais de saúde estavam lidando com a nova lei, a APF organizou uma investigação realizada aos serviços de saúde intitulada “A IVG vista pelos profissionais de saúde”, sendo os resultados apresentados em um Seminário organizado por essa associação em fevereiro/2009¹⁷⁸.

Os resultados foram disponibilizados na página da APF, constando inquérito realizado nas 41 unidades de saúde (38 públicas e 3 privadas – reconhecidas pela Direção Geral de Saúde). A APF instituiu um questionário (contendo 23 questões) enviado por e-mail para tais unidades de saúde que realizam IVG, no período de outubro de 2008, e recolhidos por e-mail e correio normal num total de 70 até ao final de dezembro de 2008¹⁷⁹.

Em linhas gerais, os comentários feitos pelos profissionais de saúde foram assim expressos:

¹⁷⁷ Informações obtidas no site da APF (www.apf.pt).

¹⁷⁸ Seminário “Boas Práticas em IVG”, 11 e 12 de fevereiro de 2009. Fundação Calouste Gulbenkian. APF.

¹⁷⁹ Dentre as 23 perguntas (a partir das quais deveria ser assinalado como resposta “muito adequado”, “adequado”, “pouco adequado”, “nada adequado”), constavam, por exemplo, “o número de profissionais que asseguravam o processo de IVG”; “informações disponibilizadas à mulher por parte da APF”; “acessibilidade às consultas”; “se o método de aborto proposto está de acordo com o desejo da mulher”; como as mulheres descrevem o processo de IVG”. Ainda há outras questões que aparecem, tais como “qual a porcentagem de objetores de consciência no serviço” e “se há interferência por parte deles”; “nas situações de pós-aborto, com que frequência as mulheres recorrem aos serviços com problemas psicológicos”, etc.

INQUÉRITO APF
A IVG vista pelos profissionais de saúde
Apresentação dos principais resultados de um inquérito
realizado aos Serviços de Saúde (outubro/dezembro/2008)

Comentários dos profissionais de saúde no que se refere à situação que melhor descreve o processo de IVG na Unidade de Saúde onde trabalha

“Só há capacidade instalada para interrupção medicamentosa”.

“Há alguma influência do médico na decisão do método de aborto uma vez que há dificuldade na realização da IVG cirúrgica por parte do serviço”.

“Não é fácil disponibilizar à mulher com facilidade uma IVG cirúrgica”.

“Face à experiência decorrida (+ ou - 1 ano), penso que na consulta deveriam estar outros profissionais e não só quando a mulher pede”.

“A assistente social e a psicóloga deveriam ser profissionais de consulta obrigatória e não opcionais como até esta data”.

“Directrizes para funcionamento da consulta igual em todas as instituições e de procedimento médico igual / homogéneo; Não deve ser tudo oferecido às utentes, pelo menos taxas moderadoras”.

Quadro 2: Inquérito APF.

Enquanto técnico de saúde, sinto-me satisfeito por estar inserido numa consulta de IVG

...é obrigação, não é satisfação”

“Nesta instituição tem funcionado bem, com bons resultados. Está bem organizada e tem muita afluência. Rápida resposta e ainda reclamam por mais. Considero um mal necessário com facilidades a mais e mesmo nestas condições ou pela facilidade de acesso ou pelo grau de ignorância das utentes, exigem sempre mais e maiores facilidades”.

Quadro 2a: Inquérito APF.

Algumas considerações finais
Em sua opinião quais as maiores dificuldades / obstáculos com os quais o
vosso serviço se confronta na aplicação da actual legislação?

“Falta de técnicos de saúde não objectores de consciência”

“Renovação dos elementos que fazem a consulta”

“Falta de profissionais de apoio - administrativo e de enfermagem”

“A pouca adesão das equipas médicas”

“Mesmo os médicos não objectores não se encontram motivados para realizar a consulta visto o número de consultas ser muito elevado e necessitar de grande concentração para que nada falhe”.

“Acréscimo significativo no n.º de consultas, com agravamento no tempo de espera para as consultas já existentes”

“Procura superior ao que tínhamos previsto...”

“Aumento do número de consultas efectuadas diariamente que limitam o tempo para informar e esclarecer”

“A omissão na Lei do número de ivg que cada mulher poderá recorrer”

“A necessidade de cumprir a lei em relação ao número de vezes que se têm de deslocar à maternidade”

“Também pessoalmente e como obstetra e ser objectora não me é agradável lidar com o problema e noto uma certa “leviandade” em algumas mulheres em tomar esta opção sem tomarem outras medidas pré-conceptivas”.

“Pouca disponibilidade para aceitar a escolha da mulher no que respeita ao método de IVG”

“Desconheço dificuldades. Tudo tem sido feito em prol da utente e tudo tem resultado.”

“Não me deparo com dificuldades”

“Pouca disponibilidade para aceitar a escolha da mulher no que respeita ao método de IVG”

Quadro 2b: Inquérito APF.

Outros comentários que julgue oportunos

“Após o estudo dos dados, considero que as pessoas que fazem com frequência IVG devem ser “objecto” de um plano pessoal”

“Sugestões: Existência de contrato terapêutico de co-responsabilização pagamento justo de ivg (s) subseqüentes por não cumprimento do contrato”

“ A criação de um contrato terapêutico entre a mulher e a instituição”

“Cuidados de saúde primários pouco eficientes; devia ser aplicada taxa moderadora (a algumas utentes)”

“ Deveria ser aplicada taxa moderadora”

“O descomprometimento dos companheiros no acompanhamento às consultas e a todo o processo em geral, sustentado pela lei que atribui a decisão à mulher”

Quadro 2c: Inquérito APF.

Segundo a APF, observa-se que a lei está sendo aplicada, e isso significa que as mulheres estão tendo acesso à IVG nesses serviços de saúde, embora haja certa insatisfação por parte dos/das profissionais, principalmente traduzida num “mal estar necessário” em lidar com situações de aborto legal¹⁸⁰. Eles/elas observam a dificuldade das mulheres em realizar abortos cirúrgicos que, por vezes, tem influência da parte médica. De qualquer modo, consideram o aborto medicamentoso¹⁸¹ mais vantajoso para as mulheres, apesar de estas o considerarem mais doloroso. É também referida a pouca procura, por parte das mulheres, por apoio psicológico e apoio social. Alguns/algumas argumentam que deveria ser aplicada a “taxa moderadora”, ou seja, as mulheres deveriam pagar uma taxa no momento de acesso à instituição, tal qual fazem todos os cidadãos e cidadãs portugueses/as. As mulheres que praticam IVG foram isentas dessa taxa. Ao que parece, os cuidados de saúde “primários” não estão sendo eficientes para atendimento às mulheres. Mas isso não fica muito claro na enquete.

¹⁸⁰ Como as informações eram confidenciais e chegaram através do correio, não se sabe, dentre os respondentes, quantos eram homens e quantas eram mulheres, tampouco sua especialidade profissional, idade ou mesmo religião.

¹⁸¹ O aborto medicamentoso é realizado com remédios, tornando-se bastante diferente do aborto cirúrgico. Como o procedimento é realizado com remédios e não com instrumentos cirúrgicos, não há risco correspondente de lesão “na cérvix ou no útero”. Segundo Sudha Talluri-Rao e Traci Baird (2003: 6), o processo não envolve anestesia e, fisiologicamente, assemelha-se a um aborto espontâneo, o que o torna, para algumas mulheres, “mais natural do que o aborto cirúrgico”, podendo ser usado somente “no início da gravidez, geralmente até 49 ou 63 dias após a data da última menstruação (DUM), dependendo do protocolo clínico usado”.

No sítio da APF, os/as profissionais referem-se ao acréscimo no número de consultas com agravamento no tempo de espera para as consultas já existentes. Com isso, observam que mesmo os/as médicos/as não objetores/as não estão motivados/as para realizar tais consultas. Alegam a pouca adesão das equipas médicas, falta de profissionais de apoio – administrativo e de enfermagem – e também falta de técnicos/as de saúde não objetores/as de consciência. Nesta pesquisa feita pela APF, dentre os 70 técnicos/as respondentes 35 profissionais disseram que o número de objetores/as em suas instituições ultrapassava os 50% da equipe de saúde¹⁸², dado que confirma a alta adesão dos/das profissionais ao protocolo de objetores desde a vigência da nova lei. Os/as profissionais ainda foram questionados/as sobre a necessidade de formação: 39% deles/as sentem falta de formação sobre os aspectos jurídicos da IVG; 27% sobre o aconselhamento no âmbito da IVG; 14% sobre os métodos contraceptivos; 13% sobre os aspectos médicos da IVG; e 7% sobre outros variados.

A partir desse inquérito realizado pela APF, pode-se ter as primeiras impressões sobre a “parte prática” relativa ao primeiro ano de aplicação da nova lei em Portugal, no que diz respeito ao ano de 2008. Assim como várias dificuldades foram expostas pelos/as profissionais de saúde, é interessante observar que existem aqueles/as que desconhecem dificuldades, uma vez que “tudo tem sido feito em prol da utente (paciente) e tudo tem resultado”.

Mesmo com as mudanças na lei em Portugal, houve registros de situações de abortos clandestinos realizados “em condições de insegurança”. Diante disso, a própria APF organizou uma campanha¹⁸³, com o apoio da Direção Geral da Saúde, com o intuito de divulgar para a população em geral que as mulheres que desejam realizar IVG podem procurar o Sistema Nacional de Saúde Português.

De acordo com informações coletadas no site da Associação para Planeamento da Família, este seria o atual contexto do aborto em terras lusitanas. Percebe-se que esta associação tem forte atuação em Portugal, realizando cursos de formação para os profissionais de saúde, pesquisas, seminários e campanhas informativas no que diz aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, muitas vezes em parceria com o Sistema Nacional de Saúde Português. Em compensação, observei, em minha pesquisa, que o Movimento de Mulheres em Portugal parece não ter a mesma força e articulação que observei nos Movimentos de Mulheres e Feministas no Brasil.

¹⁸² “Qual a % de profissionais que são objectores de consciência no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia? 19 não souberam responder; 8 disseram que beira entre 0 e 25%; 7 entre 25% e 50% e os demais (35) mais de 50% da equipe”.

¹⁸³ Ver folheto no anexo 10.

No próximo capítulo, retorno ao “saber local” brasileiro e discuto rapidamente o abortamento no cotidiano hospitalar na maternidade pesquisada. Posteriormente, dou continuidade à discussão sobre os “dilemas e as controvérsias” do aborto legal no Brasil, já iniciando uma análise, através de Simmel, sobre o *cultivo ao segredo* e sua relação, num primeiro momento, com o aborto legal. Na continuidade, analiso um caso de estupro e aborto legal no hospital investigado, finalizando com um retorno às terras lusitanas numa discussão sobre o *segredo* do aborto por estupro em Portugal.

CAPÍTULO IV

ESTUPRO E ABORTO LEGAL: OBSERVAÇÕES DE CAMPO NO BRASIL E EM PORTUGAL

4.1 O hospital/maternidade brasileiro e o aborto no cotidiano hospitalar

A maternidade do hospital investigado no Brasil possuía, à época da pesquisa, uma equipe composta por vinte e quatro enfermeiras, duas psicólogas, oito assistentes sociais, quatro médicos especialistas em gravidez de alto risco, vinte e sete ginecologistas e obstetras. No setor de tocoginecologia, estão os/as médicos/as que atendem as pacientes e que, em caso de gravidez de alto risco, as encaminham aos especialistas. No andar superior, estão localizados o centro de obstetrícia, a triagem ou setor ginecológico, alojamento conjunto, internação pediátrica e UTI neonatal.

Não há uma equipe especializada para atendimento às mulheres com demanda de abortamento legal em gestação decorrente de estupro¹⁸⁴. De acordo com os/as informantes, o/a profissional que estiver no plantão deve realizar o procedimento de interrupção, “à exceção daqueles que se recusam a fazer qualquer tipo de aborto” alegando objeção de consciência, tema ainda pouco discutido no Brasil, ao contrário de Portugal.

Em nossas conversas, escutei dos/as profissionais de saúde que o abortamento no cotidiano hospitalar é uma constante. Surgem sob a forma de abortos espontâneos, também nomeados de involuntários ou “falsos partos”. Ocorrem quando uma gravidez, que parecia em desenvolvimento normal, termina de modo involuntário, por algum acidente, em decorrência de anomalia ou de disfunção não prevista ou indesejada pela gestante. Nestes casos, os médicos observam que algumas mulheres chegam ao hospital “sem conhecimento da gestação”. Embora isto não seja tão frequente – segundo os interlocutores –, há abortos provocados, ou seja, interrupção deliberada da gravidez pela extração de forma doméstica do feto da cavidade uterina (com inserção de agulhas de tricô, gravetos, ingestão de drogas e plantas), uso de substâncias químicas, como o misoprostol¹⁸⁵ (conhecido pelo nome comercial Cytotec) ou cirúrgica (curetagem, sucção ou aspiração).

¹⁸⁴ Embora acabem sendo os/as mesmos/as profissionais que realizam o aborto, o que caracteriza, grosso modo, uma “equipe” especializada para esse tipo de atendimento.

¹⁸⁵ O misoprostol, substância análoga à prostaglandina, amplamente conhecido por seu nome comercial, Cytotec, é utilizado como prevenção de úlceras gástricas associadas à administração de anti-inflamatórios não esteróides (ANES). Além disso, o misoprostol estimula as contrações uterinas, de modo que é usado, com frequência, por mulheres com a finalidade de interrupção da gravidez.

(http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/Prot_misoprostol_2005.pdf)

Segundo os profissionais, muitas vezes o aborto dito “espontâneo” é, de fato, “provocado”. Uma vez que não é permitido por lei, muitas mulheres arriscam suas vidas ao provocar o abortamento, o que é evidenciado pelo alto índice de morte materna no país (Rede Feminista de Saúde, 2005). Algumas recorrem às maternidades para finalização do processo de abortamento iniciado e não declaram tê-lo provocado. Este dado produz um viés nas estatísticas, pela dificuldade de categorização nos registros hospitalares, que, por seu lado, também não se preocupam em dar visibilidade e reconhecimento a este problema.

Algumas enfermeiras observam que, a partir da ampla circulação de informações que levam ao conhecimento das mulheres grávidas que não desejam ter filhos sobre a ação abortiva do misoprostol, passou a ser quase impossível saber se o aborto teria sido ou não provocado. Elas lembram que, antes do amplo uso deste medicamento, observado atualmente, utilizavam-se outras técnicas de aborto, agora já bem menos expressivas na prática hospitalar. Estas profissionais observam também que a má administração da dosagem desta droga pode provocar diversos danos à saúde da mulher, como a perda do útero e até a morte. Um exemplo em relação ao mau uso do remédio foi inclusive relatado por uma das enfermeiras que entrevistei em Portugal. Ela disse ter atendido na maternidade uma garota que ingeriu 30 comprimidos de misoprostol e colocou mais 30 comprimidos na vagina, o que ocasionou, conseqüentemente, a perda do útero.

Conforme informam meus/minhas entrevistados/as, há restrita demanda por abortos seletivos por parte de mulheres grávidas de fetos com malformações fetais incompatíveis com a vida – os quais necessitam de autorização judicial para serem realizados –, e ainda mais raros são os resultantes de violência sexual (estupro), caso que é previsto em lei para aborto legal.

Neste último caso, “considerando a necessidade de combater a violência sexual e a importância de um trabalho em rede”, o hospital/maternidade pesquisado, em parceria com a prefeitura de Florianópolis, aderiu, em agosto de 2000, ao “Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual”. Tal protocolo faz parte da Norma Técnica do Ministério da Saúde, implementada em 1999 e re-editada no ano de 2005, junto à Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.

O objetivo deste protocolo é a de estruturar uma rede envolvendo profissionais de vários setores – médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, policiais – para o atendimento a mulheres, crianças e adolescentes que venham a sofrer violência sexual, dando apoio psicológico, tratamento de DST/AIDS, administração da PAE – pílula de anticoncepção de emergência –, dentre outros atendimentos necessários.

Desde então, esse hospital vem prestando atendimento às vítimas de violência sexual, mas foi somente a partir do ano de 2006 que esta instituição assumiu que realizaria o abortamento legal – especialmente em casos de estupro – para mulheres residentes em Florianópolis, o que gerou acaloradas discussões entre diversos atores e atrizes sociais, conforme discutirei adiante.

4.1.1 Dilemas de um “latipsoh”¹⁸⁶ frente ao aborto legal

É comum observar os melindres e os incômodos nos discursos referentes ao aborto principalmente em contextos onde ele não é legalizado (MACHADO, 2008; MENICUCCI DE OLIVEIRA, 2007). Consta que, no Brasil, pesquisadoras – a exemplo de Mirian Aldana (2005; 2008) e Maria Isabel Baltar da Rocha (2006) – são unânimes em demonstrar que, mesmo nos casos previstos no Código Penal Brasileiro (CPB), ainda há resistência por parte de alguns profissionais em efetivar o aborto previsto em lei¹⁸⁷, especificamente por estupro e por risco de morte da mulher. Mesmo endossada pelo Ministério da Saúde através de duas Normas Técnicas complementares (2005a, 2005b), a obrigatoriedade no atendimento às mulheres muitas vezes não é efetivada ou não é adequada.

Casos de estupro¹⁸⁸ que podem redundar em uma gravidez – e em outras formas de violências contra as mulheres – são pouco denunciados em nosso país. Cometidos não somente por indivíduos desconhecidos como também por pessoas próximas da vítima – padrastos, pais, vizinhos, primos e irmãos (VILLELA & LAGO, 2007: 472; VIANA, 2008: 172) –, ele ainda pode ser perpetrado pelos próprios companheiros das mulheres vitimadas, caracterizando-se, conforme nomeiam algumas autoras, como *estupro conjugal* (GROSSI & TEIXEIRA, 2000; PORTO, 2002)¹⁸⁹.

¹⁸⁶ Utilizo o termo “latipsoh” (hospital) lembrando um dos primeiros textos que li no curso de Ciências Sociais da UFSC: “Ritos Corporais entre os Nacirema”, de Horace Miner (1976), em disciplina ministrada pela professora Maria Regina Lisboa, no ano de 1991.

¹⁸⁷ Ver Myriam Aldana (2000, 2005); Católicas pelo Direito de Decidir (2002); Gilberta Soares (2003); Alcilene Cavalcante e Dulce Xavier (2006); Beatriz Galli et al (2006); Aloísio José Bedone e Aníbal Faúndes (2007); Wilza Villela e Tânia Lago (2007); Eleonora Menicucci de Oliveira (2007); Lia Zanotta Machado (2008).

¹⁸⁸ Sobre o tema *estupro/violência sexual*, ver Ardaillon e Debert (1987); Bandeira e Suárez (1999); Coulouris (2004); Corrêa (1981, 1983); Felipe e Philippi (1998); Grossi (1991, 1994, 1995, 2000); Grossi et al (2006a, 2006b); Heilborn e Sorj (1999); Langdon (1993); Machado (1998); Motta (2002, 2006a, 2006b); Pimentel et al (1998); Rial (2007); Tomaselli e Porter (1992); Vigarello (1998), dentre outras.

¹⁸⁹ Discuti rapidamente a questão do estupro conjugal em minha dissertação de mestrado (PORTO, 2002), sendo analisada de modo completo em Grossi e Teixeira (2000: 48). Para as autoras, os dados etnográficos recolhidos nas delegacias de Natal, local onde realizaram a pesquisa, demonstram “o quanto ainda está arraigado na mentalidade das mulheres vítimas o sentimento de que relações sexuais são uma obrigação no casamento”, transparecendo, em minha opinião, umas das possíveis explicações para a ausência de registros sobre estupro conjugal nas delegacias especializadas ou em outras instituições, como pude observar em Lages (PORTO, 2002) e Florianópolis (PORTO & MEDEIROS, 2001).

Essa perspectiva foi confirmada numa das entrevistas que realizei em São Paulo:

*O grupo de estupradores é muito variado. Como aqui não atendemos crianças, o estuprador é mais desconhecido. Mas tem também os conhecidos. Mas o [estuprador] mais conhecido... é com criança. **Irmão, padrasto, pai...** Há **também os casos de estupro conjugal**. Sem falar nos outros vários casos que chegam até nós. Tem mulheres com 70 anos que chegam estupradas. Crianças de 4 anos. A gente não atende... a gente atende de 12 anos pra cima. Vão pra outro local. É duro, muito duro. E ainda tem aquelas mulheres que são estupradas por vários... (Eliane, feminista e professora da UNIFESP, 18/01/2007).*

Segundo dados da pesquisa “Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei” (IPAS, 2008), registros nacionais das Secretarias de Segurança Pública indicam a existência de 8,78 estupros e 7,13 casos de atentado violento ao pudor por 100 mil habitantes. Em regiões como o Norte e Centro-Oeste, as taxas de violência sexual são 40% mais altas do que a média nacional, acontecendo 11,94 e 11,96 estupros por 100 mil habitantes, respectivamente. A pesquisa informa que os dados oficiais, contudo, expressam de maneira precária a dimensão do problema.

O silêncio dessas mulheres normalmente acontece porque muitas delas temem ser julgadas erroneamente ao denunciarem o crime, tanto por seus familiares como por qualquer instituição legal. Como bem lembra Lia Zanotta Machado (1999: 299), “o paradoxo que envolve o estupro é ter, de um lado, o sentido do estupro como um ato ignominioso, e, de outro, o sentido de que o estupro só torna impuras as mulheres... [neste sentido] o ato do estupro marca não o masculino, mas o feminino com a impureza”.

A autora considera que existe uma dupla moral em nossa sociedade que, embora considere o estupro um crime altamente repugnante, do mesmo modo condena e deixa insurgir o preconceito perante a mulher vitimada.

Contudo, a interpretação da lei no Brasil afeta o fornecimento dos serviços, e muitas mulheres que engravidam por violação acabam sendo maltratadas pelo desconhecimento, negligência ou mesmo devido ao preconceito dos profissionais de saúde (FAÚNDES *et al*, 2007).

Algumas mulheres estupradas procuram hospitais de referência ou mesmo diferentes instituições – como as Delegacias de Proteção às Mulheres –, sendo encaminhadas e

recebendo atendimento adequado – ou não¹⁹⁰ – para evitar doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou uma gravidez indesejada. Outras, por medo de represálias, revitimizações ou mesmo por desconhecimento de seus direitos, podem desenvolver uma gravidez e acabar submetendo-se, muitas vezes, aos abortos inseguros. Pelas razões citadas, possivelmente vão postergar a procura de cuidados por medo de um processo criminal, colocando, assim, suas vidas em risco (VEKEMANS & HURWITZ, 2004), o que faz aumentar ainda mais o número de mortes maternas no país.

Embora a lei permita o aborto para salvar a vida da mulher e para preservar a sua saúde física ou mental em casos de violação, na prática o aborto legal e seguro é de difícil acesso, conforme se observa, por exemplo, na Pesquisa feita pelo Ibope para a ONG “Católicas pelo Direito de Decidir” (Pesquisa Ibope/CDD, 2006).

Segundo uma das integrantes da CDD por mim entrevistadas em São Paulo, esta pesquisa foi o primeiro trabalho desenvolvido pelas feministas sobre a questão do aborto legal em hospitais públicos. A psicóloga e feminista observou que foram visitados diversos hospitais e realizadas oficinas de sensibilização com os profissionais de saúde sobre o aborto legal:

Nós desenvolvemos esse trabalho por 3 anos e vimos que tínhamos muito material na mão. Conhecíamos esse trabalho de perto. Já havíamos visitado muitos hospitais e resolvemos colocar isso no papel para publicar os resultados que tivemos. E aí resolvemos publicar os resultados sobre os hospitais que prestam serviço de atendimento ao aborto legal. Para isso, pedimos para o Ministério da saúde uma relação dos hospitais que faziam atendimento. E, com essa relação em mãos, pesquisamos esses hospitais que estavam referenciados pelo Ministério da Saúde com o serviço de atendimento ao aborto legal (Marta, psicóloga CDD, 16/01/2007).

¹⁹⁰ Faúndes *et al* (2007: 3) observam que a mulher que já está sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual, ao pedir ajuda, seja no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a ser submetida a outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância. Este fator dificulta que se conheça a prevalência deste tipo de violência na população, pois muitas mulheres não denunciam os agressores e a violência sofrida, nem procuram assistência necessária.

Distribuição dos serviços por região, UF, município e número de serviços			
<i>Região</i>	<i>UF</i>	<i>Cidade</i>	<i>N. de serviços</i>
Norte	PA	Belém	1
	AM	Manaus	1
	AC	Rio Branco	1
	RO	Porto Velho	1
Nordeste	SE	Aracaju	1
	CE	Fortaleza	1
	PB	João Pessoa	1
	AL	Maceió	1
	RN	Natal	1*
	PE	Recife	3 e 1(sem atendimento) *
	BA	Salvador	1
	MA	São Luís	2
Sudeste	MG	Belo Horizonte	2**
		Betim	1*
	RJ	Rio de Janeiro	1
	SP	Botucatu	1
		Campinas	1
		S. B. do Campo	1
		São Paulo	6***
	ES	Vitória	1
Sul	PR	Curitiba	2
	RS	Caxias do Sul	1
		Porto Alegre	4
Centro-oeste	DF	Brasília	1
	MT	Cuiabá	1
	GO	Goiânia	1
Total	21 UF	26 cidades	40
* Em 2004 - 2 serviços			
** Em 2004 - 1 serviço			
*** Em 2004 - 4 serviços			

Quadro 3:

Fonte: CDD-Br, pesquisa *Aborto Legal nos Hospitais Públicos Brasileiros, 2006*

Chama atenção nesta pesquisa que, dentre as 40 unidades hospitalares para atendimento ao aborto legal no país, mulheres residentes nos estados de Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí, Goiás, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina não tiveram “acesso a estes serviços porque eles não existem ou porque ainda não prestaram atendimento” (<http://www.catolicasonline.org.br/2006>; GALLI et al, 2006: 2).

Santa Catarina foi um dos estados brasileiros apontados nesta pesquisa que possivelmente não possuía um serviço de referência para atendimento às mulheres que necessitavam do aborto legal em 2006. Contudo, o hospital em que realizei a pesquisa neste Estado adotou o Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis no ano 2000, circunstância em que formou parceria juntamente com Secretarias Estaduais de Saúde e Segurança Pública e Ministério da Saúde. Um dos objetivos de minha pesquisa foi o de analisar a forma como este protocolo estava sendo implantando em Santa Catarina.

À época em que foram disponibilizados os resultados da pesquisa realizada pelas CDD, eu já realizava trabalho de campo no hospital/maternidade em SC. Conseqüentemente, já havia acessado essas informações através dos profissionais responsáveis pela implementação do protocolo. Estes profissionais informaram que, entre os anos 2000 e 2002, foram realizados apenas atendimentos de emergência e que, a partir do ano de 2003, se iniciaram efetivamente as interrupções, que não chegaram a uma dezena até 2008¹⁹¹.

Mesmo diante de poucas ocorrências, o fato é que o serviço de atendimento às vítimas de violência sexual foi instituído neste hospital transformando-o posteriormente num centro de referência para a realização do aborto legal¹⁹².

No entanto, alguns acontecimentos levam a crer que este hospital/maternidade mantém um determinado cuidado em assumir esse tipo de atendimento. E os/as sujeitos/as envolvidos/as nestes acontecimentos não se limitam aos/às funcionários/as deste hospital: conforme pude perceber durante minha pesquisa, eles também envolvem feministas e profissionais de diferentes áreas e instituições.

¹⁹¹ Segundo a enfermeira chefe do centro ginecológico, no primeiro semestre de julho/2008 não houve registro de casos de aborto legal. Posteriormente, fui informada por esta mesma enfermeira de que, entre agosto/2008 e julho/2009, houve mais três casos de aborto por estupro no hospital pesquisado.

¹⁹² O trabalho de Osmar Ribeiro Colas intitulado *Abortamento Legal por Estupro: resultados de um Programa Público – Município de São Paulo* é um dos primeiros realizados em pós-graduação na Saúde que discute a implantação do Serviço de Abortamento Legal por Estupro no país. Realizado em 1996, o mestrado em obstetrícia revela a preocupação do autor referente aos aspectos da implementação desse Serviço criado pelo Ministério da Saúde no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, em São Paulo.

4.1.2 Hospital de Referência, Profissionais de Saúde, Feministas e demais atores/atrizes sociais: dilemas e controvérsias no atendimento

Um destes episódios refere-se à notícia de que o hospital/maternidade atenderia mulheres residentes somente em Florianópolis para a realização do aborto legal. Em 2006, a diretora deste hospital enviou um memorando a um órgão responsável pelo atendimento às Vítimas da Violência Sexual assumindo que seria uma referência municipal e não estadual no atendimento aos casos de aborto legal. O conteúdo desse memorando acionou um grupo de acadêmicas feministas que participaram de uma reunião com a diretoria do hospital¹⁹³. O objetivo era ter conhecimento sobre quais seriam as razões para a instituição estar assumindo esta postura e tomar possíveis providências.

Em essência, a diretoria do Hospital ali presente queixou-se da falta de funcionários e dos recursos escassos desta organização. Seu receio era que uma demanda muito grande de mulheres procurasse o hospital para realizar o aborto legal, e, dessa forma, não conseguiriam atender a todas por falta destes diferentes recursos. Segundo relato das profissionais,

Estamos cientes sobre o sofrimento social destas mulheres, mas existem outros tão importantes e pensamos que não deve haver hierarquia entre estas ações... Embora o protocolo tenha sido implantado há algum tempo, não houve continuidade nesta demanda, que acabou se tornando uma novidade. Somente nessa época, seis profissionais de saúde contratados pela FAPEU deixaram de trabalhar no hospital, e existe a necessidade concreta de contratação de outros profissionais para se ter uma equipe estruturada para tal função (Diretoria do Hospital, diário de reunião realizada em 21/11/2006).

Pude observar que, de acordo com a diretoria do hospital, existia, à época, um limite nas demandas que poderiam ser assumidas e que as políticas de saúde não dependiam somente do hospital, mas também de gestores federais, estaduais e locais. Além disso, esta diretoria informou que o setor de emergência estava sofrendo reformas, o que poderia atribular ainda mais os atendimentos. Pontuou que algumas instituições cobravam uma postura mais abrangente relativa ao aborto legal – a exemplo de órgãos que prestam serviços às vítimas de violência sexual – por não terem conhecimento da efetiva realidade do hospital.

¹⁹³ Tive a oportunidade de participar desta reunião, que ocorreu no dia 26/11/2006, quando estavam presentes duas médicas da Diretoria deste hospital e sete **acadêmicas feministas**.

Contudo, as representantes do Hospital não souberam responder quantas ocorrências o hospital teria atendido durante o ano, tampouco se reportaram aos profissionais que estão à frente do protocolo e que poderiam fornecer dados mais concretos.

O grupo feminista questionou diversas vezes o que seria necessário para o hospital assumir tal demanda. Ofereceu seus serviços demonstrando preocupação em transformar este em um hospital de referência no Estado, sugerindo que seria possível “*batalhar um projeto com recursos de alguma outra organização*”, a exemplo da Secretaria Especial de Política para as Mulheres, além de poder ministrar cursos de capacitação aos profissionais.

Conquanto a diretoria deste hospital não tenha dado respostas diretas ao grupo, como pude observar, demonstrou receptividade e preocupação em realizar outro encontro com os demais integrantes da diretoria do Hospital que não estavam presentes nesse dia. A reunião foi finalizada com a justificativa de que a opção de se tornar um hospital de referência municipal não passava por uma simples escolha, mas “por ora era o que se poderia fazer”, principalmente devido à falta de recursos materiais e humanos¹⁹⁴.

Alguns dias depois, as acadêmicas feministas reuniram-se com um dos principais diretores da Instituição exigindo um posicionamento. Perante esse *drama social* (TURNER, 1974), o então profissional responsável, “sensibilizado”, comprometeu-se em providenciar uma segunda reunião com a diretoria responsável por esse processo, algo que, até a finalização da redação desta tese, não aconteceu.

Meu estranhamento perante as justificativas e silêncios do Hospital aumentou após eu ter viajado para São Paulo¹⁹⁵ atrás de outras “tartarugas”¹⁹⁶ (GEERTZ, 1978: 39). Conversando com Dr. Jonas – profissional que integra ativamente a FEBRASGO (Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia) –, este informou que havia estado há pouco tempo em Santa Catarina participando de um encontro referente à sua área de atuação. À época, avisou os colegas catarinenses que estavam abertos os financiamentos do Ministério

¹⁹⁴ Uma das enfermeiras do Alojamento Conjunto observou que no HOSPITAL existe uma defasagem de pessoal, sendo que, num quadro onde deveriam constar 24 profissionais de enfermagem na maternidade, há somente 16 ou 17 funcionários em atividade (Diário de Campo, 22/11/2007). Soube posteriormente (janeiro/2009), por uma das enfermeiras, que uma das alas deste hospital foi fechada por falta de funcionários.

¹⁹⁵ Para complementar meu trabalho de campo, segui para São Paulo no intuito de dialogar um pouco mais sobre o resultado da pesquisa com as integrantes da CDD. Do mesmo modo, aproveitaria para entrevistar outros profissionais envolvidos com a questão do aborto legal no Brasil, a exemplo do médico ginecologista que trabalha no hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, também conhecido como “Hospital do Jabaquara”, e uma socióloga sanitária da Universidade Federal de São Paulo, conforme comentado.

¹⁹⁶ Geertz (1978: 39), ao recontar a história “balinesa” de que o mundo repousava sobre uma plataforma apoiada nas costas de um elefante, o qual, por sua vez, se apoiava nas costas de uma tartaruga e que, depois dessa, “só vinham tartarugas”, sugere que a análise cultural, por mais que seja aprofundada pelo pesquisador, sempre será incompleta. No mesmo sentido, o professor Robert Roland (ISCTE), na defesa de doutorado de João Vasconcelos do ICS-UL, aconselhou o pesquisador a não desistir de “procurar tartarugas”.

da Saúde para treinamento e capacitação na área de atendimento às vítimas de violência sexual, incluindo aí o aborto legal. O projeto poderia ser feito pela universidade, pelo município ou pelo estado e, uma vez aprovado, receberia verba para desenvolver o programa. Nas palavras do próprio médico,

Daí eu disse: “olha, encaminhe para o Ministério da Saúde. Façam um orçamento, porque, enviando, vocês serão beneficiados”. E a própria “Fulana” do Ministério da Saúde que estava lá disse: “se mandar esse projeto, eu aprovo”. Depois disso, eu não soube se algum projeto foi ou não enviado pelo pessoal de Santa Catarina (Dr. Jonas, médico SP, 18/01/2007).

Segundo informantes do hospital, um dos médicos responsáveis pelo protocolo participou de uma reunião específica sobre os serviços de aborto legal no momento inicial desse processo no hospital. Houve capacitação prática sobre a técnica para os médicos e, inclusive, capacitação para obstetras e enfermeiras sobre o AMIU. Mas, em meio a essa “fofoca institucional” (FONSECA, 2000)¹⁹⁷, nenhum profissional de saúde do hospital soube dizer-me se existiu tal financiamento.

Pode-se pensar que Dr. Jonas tenha mantido contato com colegas de outra instituição, a exemplo de diferentes maternidades em Florianópolis, ou mesmo de outra organização do Estado. De qualquer modo – segundo a demanda de Dr. Jonas –, era concreta a possibilidade de um financiamento pelo Ministério da Saúde. Talvez a capacitação realizada pelos profissionais do hospital tenha sido efetuada através de recursos deste Ministério ou de outra organização semelhante que tenha interesse em habilitar profissionais para este serviço.

Mas, no desenrolar da pesquisa, outros códigos começaram a ser descortinados nessa trama social. Uma nova versão sobre o aborto legal no Hospital foi articulada durante um Simpósio Temático (ST) que eu coordenara¹⁹⁸.

A representante de um órgão responsável pelo atendimento às Vítimas da Violência Sexual trouxe uma nova versão sobre o discurso da Diretoria deste hospital, no sentido de esta

¹⁹⁷ A fofoca tem sido compreendida como um importante “regulador das relações sociais” entre os sujeitos pesquisados. Questionando diferentes pontos que envolvem os grupos, a fofoca pode ser compreendida como reveladora das “relações de poder” que os permeiam. Neste caso, ver Fonseca (2000).

¹⁹⁸ Estavam presentes neste simpósio pesquisadoras de diversas áreas (Antropologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Sociologia e Direito), profissionais de saúde e também profissionais de outras instituições. A partir dos diferentes olhares, o tema proposto provocou calorosas discussões em torno do aborto, especialmente quando foi direcionado ao hospital em que realizei pesquisa, no que diz respeito à maneira como o assunto é compreendido e recepcionado pelos profissionais desta instituição.

instituição “não assumir ser uma referência estadual”. E, mais do que isso, “de não assumir ser efetivamente uma referência em Santa Catarina para a realização do aborto legal”.

Num vídeo filmado por este órgão sobre o atendimento às vítimas de violência sexual no hospital, a funcionária confirmou que este hospital realizava o aborto legal da gravidez de acordo com o Código Penal Brasileiro (1940) e também com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde (2005a, 2005b), conforme compromisso assumido em parceria com outras instituições. Posteriormente este órgão foi procurado por esta mesma profissional, que solicitou a retirada de sua fala do vídeo no que se referia ao aborto legal ser realizado no hospital. Sem compreender exatamente a razão do pedido, a representante deste órgão contrargumentou lembrando da necessidade existente da divulgação dos serviços às mulheres que dele necessitam. Lembrou que muitas delas, além de não procurarem auxílio devido à vergonha e ao preconceito, também não o fazem por desconhecerem os serviços de atendimento às vítimas de violência sexual e, do mesmo modo, por elas desconhecerem seus direitos de cidadã perante a Constituição, perante o CPB e perante as Normas Técnicas já aqui citadas.

No entanto, a funcionária apelou para que essa parte do vídeo fosse efetivamente reeditada, pois, caso sua solicitação não fosse atendida, seria “exonerada de suas atividades” neste hospital. Por fim, o vídeo foi re-editado, e a representante **do órgão que realizou a filmagem** discorreu sobre seu desapontamento:

Se qualquer entidade entra em contato conosco solicitando informações sobre qual instituição em Santa Catarina está autorizada a praticar o aborto legal, eu simplesmente estou proibida de responder que o nosso hospital faz esse serviço? Enquanto isso, mulheres morrem por conta do preconceito e por não terem conhecimento desses serviços de aborto legal em nossa cidade (Representante órgão responsável pelo atendimento às Vítimas de Violência Sexual).

A fala desta representante revela instigantes *relações de poder* (ORTNER, 1996) que permeiam o *drama social* (TURNER, 1974) dos sujeitos envolvidos. Ainda nos remete invariavelmente à pesquisa realizada pelas CDD. Uma de suas integrantes falou sobre a dificuldade de acesso e a demora dos hospitais em devolverem os formulários. Também discorreu sobre o estranhamento/desconhecimento referentes ao tema da investigação¹⁹⁹:

¹⁹⁹ Os hospitais com que a pesquisadoras entraram em contato foram relacionados pelo próprio Ministério da Saúde.

*Contratamos pesquisadoras formadas em Ciências Sociais para ajudarem na pesquisa. Ligávamos para os hospitais e pedíamos para falar com o responsável pelo setor de tocoginecologia. **Explicávamos o motivo da pesquisa e, algumas vezes, a própria telefonista se assustava, dizendo que naquele hospital não se fazia esse tipo de serviço. Existe um total desconhecimento sobre o direito ao aborto legal e sobre as políticas públicas em nosso país, o que gera resistência ao aborto** (Marta, ativista de CDD, entrevista realizada em 16/01/2007).*

Segundo a informante, esta maternidade em Santa Catarina foi um dos hospitais no Brasil que não devolveram o formulário e que ainda dificultaram o acesso às informações:

*Em SC, entramos em contato com o hospital de referência. Esse hospital foi um dos que não nos devolveu o formulário. Não conseguimos informações efetivas. **Eles disseram que somente dão informações para o Ministério da Saúde, e a pesquisa teria que passar pelo comitê de ética.** Assim também aconteceu com MG. Quando fizemos a oficina em SC, em Florianópolis, fizemos através da Rede de atendimento às vítimas de violência. Não tivemos acesso aos dados do Hospital de referência de Florianópolis. Inclusive, no folder onde divulgamos essa pesquisa, retiramos SC por não haver dados para incluí-la (Marta, ativista de CDD, entrevista em 16/01/2007).*

Em meu trabalho de campo neste hospital, obtive quase a mesma resposta que a integrante da CDD: para acessar os dados sobre o aborto legal, eu deveria passar pelo Comitê de Ética. Como os dados sobre o aborto legal ficam sob controle de alguns médicos no setor tocoginecológico, tentei acessá-los com a intenção de confirmar os dados que me foram repassados verbalmente e de averiguar outros detalhes que poderiam ser importantes para a pesquisa. Contudo, o médico responsável argumentou que eu deveria passar primeiramente pelo comitê de ética; e, mesmo dizendo que já havia passado por tal comitê, o profissional não autorizou meu acesso aos dados. Alegou estar muito ocupado naquele momento e sugeriu gentilmente que poderia enviar-me as informações por e-mail. E assim procedi, obtendo as seguintes respostas:

E-mail enviado por mim em 10/12/2007 ao médico responsável do setor de tocoginecologia:

Prezado Sr.:

Conforme combinado, escrevo para lembrá-lo de minha pesquisa sobre o aborto legal no Hospital. Abaixo seguem algumas questões relativas ao tema. Obrigada, Rozeli Porto.

1. Número de casos de aborto legal ocorridos entre os anos de 2003 a 2007 (por ano).
2. Idade da mulher que realizou o aborto legal.
3. Idade gestacional desta mulher.
4. Quais os procedimentos adotados.
5. Procedência da mulher.
6. Profissão.
7. Profissão dos pais.
8. Religião
9. Os estupradores eram conhecidos (pai, padrasto, irmão, etc.) ou desconhecidos?
10. Pude acompanhar o último caso de aborto legal ocorrido em 2007. Neste, o juiz pediu para que fosse realizado o exame de DNA. O senhor sabe se foi feito?

Ele respondeu em seguida (respostas em letras maiúsculas):

Resposta do médico:

Rozeli, poderei responder:

1. Número de casos de aborto legal ocorridos entre os anos de 2003 a 2007 (por ano). **(NÃO RESPONDEU)**
 2. Idade da mulher que realizou o aborto legal. **(NÃO RESPONDEU)**
 3. Idade gestacional desta mulher. **(NÃO RESPONDEU)**
 4. Quais os procedimentos adotados? **(NÃO RESPONDEU)**
 5. Procedência da mulher. **TODAS SÃO DE FPOLIS E UMA DE BIGUAÇU.**
 6. Profissão. **NÃO TEREI ESTE DADO.**
 7. Profissão dos pais. **NÃO TEREI ESTE DADO.**
 8. Religião. **IDEM**
 9. Os estupradores eram conhecidos (pai, padrasto, irmão, etc.) ou desconhecidos? **(NÃO RESPONDEU)**
 10. Pude acompanhar o último caso de aborto legal ocorrido em 2007. Neste, o juiz pediu para que fosse realizado o exame de DNA. O senhor sabe se foi feito? **O MATERIAL FICOU À DISPOSIÇÃO DA JUSTIÇA NO SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, PORÉM NÃO SEI DO RESULTADO.**
- Amanhã estarei no Hospital e poderei te enviar outro e-mail com demais informações (...)

Após três dias, enviou também este e-mail:

Rozeli, há 2 dias estou procurando a pasta onde fica arquivado a ficha de Interrupção Legal e não encontro. Ao todo são 7 casos, porém maiores detalhes só olhando novamente as fichas. Amanhã pela manhã estarei no Hospital e darei uma outra procurada... Grande abraço, (...).

Destaco que o profissional não respondeu à maioria das questões (número de casos de aborto legal ocorridos entre os anos de 2003 a 2007 – por ano; idade da mulher que realizou o aborto legal; idade gestacional desta mulher; quais os procedimentos adotados para o aborto legal; se os estupradores eram conhecidos – pai, padrasto, irmão, etc. – ou desconhecidos, pois o livro de registros estava “perdido” (“Rozeli, há 2 dias estou procurando a pasta onde fica arquivado a ficha de Interrupção Legal e não encontro”). Lembrou apenas que as

mulheres eram residentes em Florianópolis e que uma delas morava em Biguaçu/SC (**Procedência da mulher:** “*todas são de Fpolis e uma de Biguaçu*”). Não soube o resultado do DNA de uma das últimas garotas que realizou o procedimento no Hospital – caso que discutirei adiante (“*O material ficou à disposição da justiça no serviço de anatomia patológica, porém não sei do resultado*”); retifica, no último e-mail, que o total de abortos realizados por lei foram 7 e não 9 casos, conforme ele mesmo me havia dito anteriormente, no ano de 2005 (“*Ao todo são 7 casos, porém maiores detalhes só olhando novamente as fichas*”); e diz que enviará as demais informações noutro momento (“*Amanhã pela manhã estarei no Hospital e darei uma outra procurada*”).

Observo que o médico não deixou de ser solícito e esmerado ao atender-me²⁰⁰, porém tentou postergar ou mesmo dificultar meu acesso às informações sobre o aborto legal nesta instituição, lembrando em muito a pesquisa e, particularmente, o discurso da integrante da CDD²⁰¹. Refletirei, a seguir, sobre estas dificuldades de acesso a informações referentes ao aborto legal no Hospital estudado.

4.1.3 A expansão dos serviços de aborto legal na maternidade: o princípio do “Cultivo ao Segredo”

Só recentemente, após mudanças na direção deste hospital²⁰², o serviço de aborto legal foi “revelado” à população – pelo menos à universitária – através do Jornal-Laboratório ZERO da UFSC²⁰³. Em setembro de 2008, circulou pelo campus desta universidade a notícia de que este hospital seria o único hospital em Santa Catarina a realizar o aborto legal. Todavia, atenderia mulheres residentes apenas na capital do Estado²⁰⁴, de acordo com o que esta diretoria já havia participado às acadêmicas feministas à época, no ano de 2006.

²⁰⁰ No HOSPITAL, tive bom acesso aos profissionais de saúde, sendo que muitos dispuseram de seu tempo me dando entrevistas, fornecendo outros dados, além de constantemente responderem pelos corredores e por e-mails às minhas dúvidas e questionamentos.

²⁰¹ Uma doutoranda em medicina que realizou seu Trabalho de Conclusão de Curso neste hospital também não teve acesso ao livro que contém informações sobre o aborto legal.

²⁰² O HOSPITAL é gerido também politicamente pelos interesses de quem está na reitoria, ou seja, o reitor anterior era médico e tinha compromissos mais orgânicos com o corporativismo médico, enquanto o atual é engenheiro e se comprometeu claramente a favor das lutas das mulheres na UFSC em sua campanha e na composição de suas pró-reitorias.

²⁰³ Este jornal-laboratório faz parte do Curso de Jornalismo da UFSC desde 1982. Blog do Zero – o Laboratório do Jornal – <http://blogdozero.wordpress.com/sobrezero/>.

²⁰⁴ Segundo este periódico, o serviço de aborto legal se teria iniciado em 2006 no HOSPITAL, conquanto meus informantes tenham anunciado que desde 2003 tais interrupções já vinham sendo realizadas neste hospital.

Em entrevista a este periódico, uma das médicas ginecologistas do hospital observa que este Hospital não teria necessidade de se tornar referência no Estado por se tratar de um “*procedimento simples*”. Além disso, o não atendimento a estas mulheres “*forçaria outras cidades catarinenses a criarem um serviço de aborto legal*”, conforme explica uma das enfermeiras responsáveis pelo serviço do aborto legal no hospital em entrevista ao mesmo jornal. O corpo clínico ainda alega que não há estrutura para esse tipo de atendimento no hospital, sem falar que os recursos são municipais. No entanto, a questão relativa ao não atendimento exterior à capital parece circular mais por uma via política – no caso dos recursos – do que por uma via estrutural.

Levando em consideração a entrevista dada pelo chefe do serviço de aborto legal no hospital para este mesmo periódico, em que ele declara que no início havia receio de uma demanda significativa de mulheres que procurariam os serviços mas que isso “*não aconteceu*”, a demanda parece não exigir uma estrutura muito maior do que oferece este hospital, uma vez sendo menor do que aquela imaginada. E vale lembrar que, na reunião realizada pela diretoria do hospital com as acadêmicas feministas no final de 2006, não foi comentado que a intenção deste hospital era a de descentralizar esse tipo de serviço.

Particularmente, já estava e continuei intrigada após ler esta entrevista. Comecei a pensar qual era o tipo de solução dada às mulheres que necessitam desses serviços e que não residem na capital. Embora outros 13 hospitais de Santa Catarina recebam as pacientes, eles não oferecem a possibilidade de interromper a gestação às mulheres que sofreram violência sexual e engravidaram. Para esclarecer esse “detalhe”, entrei em contato com uma de minhas interlocutoras, que me deu a seguinte resposta:

O protocolo em que o hospital está inserido no ... [órgão local de atendimento às vítimas de violência sexual] é somente para a abrangência do município de Florianópolis (interrupção legal da gestação com critérios estabelecidos pelo hospital – estas vítimas não precisam de boletim de ocorrência e nem entrar com processo na justiça). Nos casos de vítimas que entram com processo na justiça, nestes casos, é uma resolução judicial [ou seja], estas vítimas poderão ser ou não de Florianópolis e serão atendidas no hospital (Lúcia, enfermeira, 14/10/2008).

Segundo esta enfermeira, mesmo existindo um protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual/aborto legal no hospital, as mulheres que residem fora da capital necessitam entrar com processos na justiça para serem atendidas no hospital de referência, numa

burocracia que infelizmente só prejudica as mulheres vítimas de violência sexual e impede, em muitos casos, o abortamento em tempo hábil.

Certamente existe resistência por parte dos profissionais da biomedicina em se adaptarem a determinados protocolos quando eles se deparam com esse “tipo” de novidade, principalmente quando se discutem questões de “vida” sob o ponto de vista destes profissionais. Dr. Jonas observa que, à época em que o serviço de aborto legal foi implementado no hospital Jabaquara, em São Paulo, a “*delegação feminina*” que tomava conta do programa da saúde da mulher nesta prefeitura já havia percorrido 11 hospitais, sendo que, em 10 deles, elas foram completamente rechaçadas. Segundo recorda o médico paulista,

Ninguém quis nem discutir o assunto, nem a diretoria nem os médicos. Quando elas foram ao Jabaquara, nós discutimos, conversamos com elas e estabelecemos uma estratégia: publicar em Diário Oficial como uma lei orgânica do município, ou seja, uma lei que não pode ser dissolvida, e aí começou (Dr. Jonas, médico SP, 18/01/2007).

Embora a adaptação a protocolos mais progressistas seja lenta ou mesmo que o hospital seja relutante, as mulheres que necessitam usufruir do aborto legal se veem “burladas em seus direitos” uma vez que estes já estão inscritos e previstos no CPB e ratificados pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde.

Enfim, nesta rede de (dis)sociabilidades, tais controvérsias “omitidas”, “postergadas”, “semirreveladas” ou “semirrealizadas” pelos sujeitos sugerem algo que me parece emblemático no discurso nativo: o *cultivo ao segredo* (SIMMEL, 1939) sobre aquilo que não deve ser dito, visto, reconhecido, revelado, tampouco pronunciado.

Tanto em minha pesquisa quanto na pesquisa da CDD²⁰⁵, a omissão de informações por parte dos profissionais de Santa Catarina (e de outros estados) admite uma leitura de nossa sociedade que ratifica esta dimensão do *segredo*: o (in)“sonoro silêncio” destes sujeitos (MOTTA, 1997) demonstra o caráter possivelmente proibitivo em relação ao aborto – legal ou não – que se traduz a partir da omissão, da dificuldade do acesso às informações, de uma “semirrealização” e de uma “semirrevelação” (ou mesmo de uma revelação tardia) destes mesmos dados.

Numa perspectiva simmiliana, o *segredo*, neste caso, sugere a possibilidade de que passe a existir um segundo mundo – se não outros – junto ao mundo presente, que seria influenciado e produzido secretamente pelos indivíduos que se encontram em relação.

²⁰⁵ Segundo a fala de Marta, psicóloga da CDD e minha informante, esta pesquisa foi representativa.

No que diz respeito às organizações, Simmel argumenta que, quando uma instituição dominante se sobrepõe aos interesses individualistas²⁰⁶ abrangendo determinados aspectos, poderá estar autorizada a exercer suas funções em *segredo* graças a uma independência formal, sem, por isso, desmentir a sua “publicidade” no sentido do cuidado material dos interesses de todos. Nas palavras do autor,

O que por sua essência é público e por seu conteúdo interessa a todos, se faz também mais público externamente em sua forma sociológica, e o que por seu sentido interior tem uma existência autônoma, os assuntos centrípetos do indivíduo, adquirem também, em sua forma sociológica, um caráter cada vez mais privado, cada vez mais apto a permanecer secreto (SIMMEL, 1939: 357).

Mas o autor admite que isso dependerá da estrutura social em que a vida transcorre. No caso analisado, o *segredo* institucional do hospital – e de outros hospitais e profissionais de saúde no Brasil – parece não privilegiar “a todos” – leia-se as mulheres que necessitam realizar um aborto legal – devido a essa “semirrevelação” de apresentar-se como uma referência municipal para a realização do aborto legal.

Contudo as razões não se limitam a esta explicação. No caso aqui exposto, penso que o cultivo ao *segredo* se transforma no principal mecanismo de manutenção de poder nessas relações de gênero (ORTNER, 1996): se o *segredo*, conforme afirma Simmel (1939: 350), “modifica as atitudes de quem o guarda” e, por conseguinte, “de toda a relação” com o “outro”, tal ocultação pode afetar os direitos – ou mesmo os deveres – desses “outros” que se encontram aí envolvidos.

4.2 O “Gênero do Segredo” e o “Segredo de Gênero”

Pesquisas que discutem o culto ao *segredo* remontam a diferentes análises antropológicas. Normalmente tais discussões giram em torno da questão ética sobre aquilo que o pesquisador pode ou não saber ou daquilo que ele poderá ou não revelar sobre o seu grupo. Exemplos deste *gênero do segredo* podem ser observados em estudos sobre os cultos afro-brasileiros (CARVALHO, 1985; SILVA, 2000; JOHNSON, 2002, GOLDMAN, 2003),

²⁰⁶ Simmel, em seu artigo “El secreto y la sociedad secreta”, realiza uma instigante análise sociológica sobre o segredo retratando a dimensão do papel do indivíduo na sociedade moderna. Para o autor, segredo, enquanto dissimulação de certas realidades, conseguido por meios negativos ou positivos, constitui uma das maiores conquistas da humanidade.

sobre estudos de sociedades afro-americanas (a exemplo dos Samarcás, estudados por Richard Price [1983] lembrado por Carvalho [1985]) ou ainda em pesquisas clássicas em sociedades africanas (GRIAULE, 1948 APUD BRUMANA, 2006: 129²⁰⁷).

Para Vagner Gonçalves da Silva (2000: 136), o contato do antropólogo com os *segredos* da religião afro-brasileira ocorre, inicialmente, durante o trabalho de campo e envolve as políticas de iniciação. De qualquer modo, dependendo de como o antropólogo expõe os *segredos* de seus “outros”, ele pode causar constrangimentos externos ao grupo e, além disso, pôr à prova relações hierárquicas existentes na comunidade religiosa a que teve acesso. Vale lembrar que nem sempre os “nativos” têm acesso à narrativa etnográfica do pesquisador. Conforme sugere o autor,

Na construção do texto etnográfico não existe, portanto, apenas o dilema de como passar das experiências de campo para a forma escrita, mas de como articular a necessidade do conhecimento antropológico com as dimensões morais e éticas que nele atuam intimamente (SILVA, 2000: 139).

Mas o *segredo* não é mantido somente para as pessoas de fora (pesquisadores ou frequentadores), como também é mantido para os próprios membros do grupo. José Jorge de Carvalho (1985: 214)²⁰⁸ argumenta que, nos cultos afro-brasileiros, os novatos aguardam meses ou mesmo anos para terem acesso aos *segredos* rituais resguardados por seus pais e mães de santo. Os *segredos*, para serem revelados, dependerão de uma questão espiritual/hierárquica entre estes sujeitos.

Noutros grupos, o cultivo ao *segredo* pode estar presente para preservar a identidade sexual e para manter uma identidade religiosa de alguns sujeitos diante de suas relações com a família e a igreja. Em sua análise sobre igrejas evangélicas inclusivas, Marcelo Natividade (2006: 3) argumenta que o cultivo ao *segredo* evita “*tensões interpessoais*” vivenciadas nestas

²⁰⁷ Brumana (2006: 131-132) relata que Marcel Griaule realizava uma “etnografia predatória” sedenta pelos segredos dos Dogon, e se questiona como o antropólogo conseguia compatibilizar “corromper e enganar o informante, obter sua deslealdade a si mesmo, aos valores da sua cultura e, ao mesmo tempo, reverenciar essa cultura”. Observa que “querer arrancar o testemunho ou a confissão do ‘nativo’, pretender se apoderar do ‘segredo’, pensar que assim se resolve a tarefa etnográfica [...] implica desconhecer que o mais valioso para a investigação, o mais idiossincrático do nativo, aquilo que mais o revela, não é tanto o que oculta, senão a sua forma de ocultar, e ainda mais, o próprio fato de que haja ocultação”.

²⁰⁸ José Jorge de Carvalho (1985: 218) faz uma crítica principalmente ao trabalho de Richard Price intitulado “The First Time”. Carvalho critica a necessidade de os estudiosos publicarem sem parcimônia tudo o que foram capazes de reunir, causando transtorno a um sistema completo de conhecimentos e de valores culturais. Nas palavras do autor, “o que interessa à antropologia é compreender a importância do segredo sobre a história ... [da sociedade estudada] ... e não a mera espionagem de seu código cultural mais secreto”, lembrando a crítica de Brumana a Griaule (BRUMANA, 2006).

esferas por serem gerenciadas “*a partir da manipulação da informação sobre o exercício da sexualidade de homens*” que mantêm relações não heterossexuais²⁰⁹.

Serão também as relações de gênero que irão demarcar o cultivo ao *segredo* em algumas sociedades ameríndias – conforme nosso ponto de vista ocidental –, a exemplo dos Javaé, subgrupo dos índios Karajás do Araguaia, estudados por Patrícia Rodrigues (1999; 2006), para quem o culto ao *segredo* entre os membros dessa etnia se dá através de rituais secretos simbolizados pela posse de objetos sagrados. O manejo destes objetos – tais como flautas, máscaras, zunidores – é tradicionalmente prerrogativa de cerimônias secretas masculinas das quais as mulheres são terminantemente excluídas, sendo, inclusive, ameaçadas fisicamente por alguns dos personagens destas cerimônias, especialmente durante o ritual de iniciação masculina²¹⁰.

O *segredo de gênero*, tal como proposto por Esther Jean Langdon (1993), aparece também em meio a famílias de classe média ocidentais através de narrativas “que não podem ser contadas”. A autora questiona por que garotas de classe média molestadas e estupradas por parentes ou conhecidos guardam suas narrativas ou as contam em *segredo* somente para amigas próximas ou a seus terapeutas. Observa que este *segredo* faz com que os culpados nunca sejam expostos e que as garotas acabem por nunca se livrar da sensação de culpa que o episódio de abuso sexual provoca nelas, segundo os parâmetros de culpabilização da vítima pelo sentimento de impureza apontado por Lia Zanotta Machado (1999: 299). Em um texto emblemático, conta sua própria história de abuso sexual e estupro, ativada pela narrativa de sua filha sobre os acontecimentos ocorridos com uma amiga. Conclui que os *segredos* das narrativas não contadas perpetuam um silêncio dentro das próprias famílias, impedindo as meninas de compreenderem a violência imposta aos seus corpos e ainda “a quem e como acusar ou responsabilizar”. Sua análise sobre o *segredo* das narrativas sobre abuso sexual nos ajuda também a entender o *segredo* presente no hospital e as formas de evitação da equipe de profissionais de saúde em relação à “impureza” e à “contaminação” que o estupro provoca em nossa cultura.

Outra autora que tem trabalhado com questões de Direitos Sexuais e Reprodutivos, Naara Luna (2007: 23,62,71), remete-nos também a pensar nos *segredos de gênero*, tanto no que diz respeito à adoção²¹¹ quanto no que se refere às novas tecnologias de reprodução (GROSSI, PORTO, TAMANINI, 2003). A autora observa que, na adoção, o *segredo*

²⁰⁹ Ver também Natividade e Gomes (2005).

²¹⁰ Ainda em Lasmar (1999).

²¹¹ Sobre adoção, ver Claudia Fonseca (1995).

“envolve relações de evitação com a família de origem da criança adotada, com o objetivo de promover a transferência total da criança para a nova família e ruptura com os laços genealógicos”; e em relação à reprodução assistida, a autora considera que “pode-se usar o *segredo* para fazer esquecer o uso da tecnologia na concepção da criança, um procedimento reprodutivo considerado por alguns estigmatizante”.

Nestes quatro últimos textos, o *gênero do segredo* passa a ser analisado sob a perspectiva de um *segredo de gênero*, que os envolve nestas relações e os auxilia na preservação de seus códigos culturais e sociais sustentando e mantendo inalterada “a face” (GOFFMAN, 1980) de cada um desses sujeitos diante de situações estigmatizantes (GOFFMAN, 1982).

Na pesquisa em questão, o *gênero do segredo* também condiciona a ação ética sobre aquilo que o pesquisador pode ou não saber, pode ou não revelar. Entretanto, não divulgar que o hospital realiza o aborto legal seria deixar de privilegiar um coletivo que se estende além do mundo acadêmico que faz parte desse “fato social total”²¹² (MAUSS, 2003), assim como também faz parte dele esta pesquisadora, seus/suas “outros/as” e estes/as com os seus/suas próprios/as “outros/as” (PORTO, 2006: 14). Certamente, posso compreender meu grupo até onde ele não prejudique o direito ou mesmo o dever desse/a “outro/a”. Sob o meu ponto de vista, aí também existe um limite para tal relativismo.

Assim sendo, minha hipótese é de que este *segredo de gênero*, tal como exposto, não deixaria circular a dádiva (MAUSS, 2003) – leia-se os serviços relativos ao aborto legal – para as mulheres que necessitam deste dom, pois o dom, para boa parte do corpo biomédico, diz respeito à vida do feto, como também acontece nos casos de anomalias fetais, e não ao direito e ao desejo das mulheres grávidas, como reivindicam as feministas.

Esmiuçando um pouco mais esse *segredo de gênero*, pude furar o cerco no hospital pesquisado e acompanhar de perto o último caso de aborto legal registrado nesta maternidade no ano de 2007.

4.3 Entre Segredos e controvérsias: profissionais de saúde e o caso da menina *Estrela*

²¹² Marcel Mauss rompe com a ideia de fato social enquanto coisa – legado de Durkheim – e, em seu lugar, afirma que estes fatos sociais são totais, os quais devem ser compreendidos enquanto símbolos. Segundo Mauss (2003), para apreender o fato social total torna-se indispensável que a antropologia dê conta de esclarecer, ao mesmo tempo, aspectos psíquicos, físicos, fisiológicos e sociológicos. Abordar apenas um destes elementos não bastaria para compreender o social.

Como são raras as ocorrências de aborto legal no hospital de Santa Catarina, tratei de ficar atenta aos movimentos dos profissionais de saúde que estão diretamente ligados a esse processo²¹³. Durante minha pesquisa de campo, todos os dias, quando chegava ao hospital, procurava primeiramente por Lúcia, enfermeira do Centro Obstétrico (CO). À época, era esta profissional quem estava à frente do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual²¹⁴. Geralmente Lúcia, do CO, Rosa, enfermeira do Alojamento Conjunto (AC), e Vânia, uma das assistentes sociais, eram minhas principais informantes sobre os casos de abortamento, especialmente os de estupro e de anomalias fetais²¹⁵.

Em uma de minhas incursões pelo Hospital, fiquei sabendo, através de Lúcia, que havia dado entrada na triagem obstétrica uma garota com pedido judicial para realizar o aborto. No entanto, o médico e a enfermeira de plantão mandaram a garota embora, solicitando que ela retornasse depois de três dias²¹⁶, pois o aborto a ser realizado pela garota não se configurava como uma “urgência”. Neste sentido, a antropóloga Giglio-Jacquemot (2005: 27) argumenta que

Urgência/emergência é considerada pelos médicos/as, a partir de elementos exclusivamente técnicos... como se houvesse uma tentativa para resolver o impasse estabelecendo que a urgência/emergência “objetiva”, “técnica”, é objetiva, pois ela é do médico, isto é, são profissionais da saúde que garantem a “objetividade” de sua avaliação e, por consequência, de sua existência. [...] quando o médico não diagnostica uma urgência é porque ela não existe. Nenhum elemento considerado “subjetivo” – por não ser técnico – entraria na avaliação médica da urgência/emergência e de seus vários graus, já que a “subjetividade” é o que caracteriza, por definição, a avaliação leiga dos estados de saúde.

²¹³ O fato pode ser incomum em Florianópolis, mas não em outras capitais ou cidades do país. Mesmo que poucas ocorrências de aborto legal cheguem ao Hospital, isso não significa que as mulheres estejam isentas de sofrerem violência sexual nessa localidade e, conseqüentemente, de desenvolverem uma gestação inesperada. Neste sentido, ver os trabalhos de Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes (2005); Eleonora Menicucci Oliveira et al (2005, 2007); Bedoni e Faúndes (2007).

²¹⁴ Esta enfermeira relatou que são atendidas em média no Hospital, a cada mês, 2 mulheres violentadas, informação confirmada na edição de setembro/2008 pelo Jornal Zero da UFSC. Este jornal ainda informa que, no primeiro semestre de 2008, foram registrados no Hospital 19 casos. Penso que esse número pode ser triplicado, uma vez que, para cada crime denunciado, existem no mínimo 3 sem denúncia, conforme destacado por Lourdes Bandeira (1999) em sua pesquisa sobre violências sexuais. Faúndes et al (2007: 3) ainda estimam que menos de 20% das mulheres denunciem os crimes às autoridades competentes. Ver ainda Motta (2006a, 2006b).

²¹⁵ Embora a enfermeira Rosa me informasse de todos os casos que davam entrada no AC por qualquer tipo de aborto.

²¹⁶ Estrela deu entrada pela primeira vez na maternidade numa quinta-feira. Retornaria na próxima segunda.

Para a autora, a “objetividade médica” sempre entra em conflito com a “subjetividade leiga”. Afinal, “é como se o que distingue mais o que é urgente/emergente do que não é, é a objetividade (o saber) de quem sabe (o médico) contra a subjetividade (a ignorância) de quem não sabe (o leigo)” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005 :27-28).

Lúcia estava de folga, e os profissionais desconheciam, segundo ela, o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual/aborto legal. Além disso, conforme informações da enfermeira, havia internações muito graves naquela ocasião que exigiriam a máxima atenção, não havendo espaço para atender a adolescente.

Por sugestão de Lúcia, voltei ao hospital segunda-feira pela manhã, dia em que Estrela “provavelmente” retornaria para dar prosseguimento à interrupção da gravidez. Digo “provavelmente” porque, embora poucas mulheres desistam de abortar em casos de estupro, a dúvida existe, conforme declarou uma de minhas informantes em São Paulo²¹⁷: *“nenhuma fica. Só uma. De todos esses casos. Uma que foi estuprada pelo padrasto. Namorado da mãe...”* (feminista, professora da UNIFESP, entrevista em 18/01/2007).

Nesse dia, Lúcia trabalharia somente à tarde, e acabei por ficar um tanto perdida dentro de meu próprio *terreno – terreno* que ainda me causava *estranhamento* (VELHO, 1980: 16). Resolvi lançar mão de uma de minhas primeiras estratégias de aproximação junto aos profissionais de saúde: se não conseguisse marcar entrevistas, pelo menos tentaria efetivar uma conversa informal com os profissionais que tiveram o primeiro contato com Estrela, técnica que surtira bons efeitos para a investigação.

Contudo, não consegui efetivar uma conversa informal, tampouco marcar entrevistas com estes dois sujeitos. A partir de algumas informações na recepção do CO, cheguei a Maria, profissional que prestou o primeiro atendimento a Estrela. Mas a enfermeira não estava disposta a falar. Após discorrer rapidamente sobre minha pesquisa, ela me respondeu: *“sobre esse assunto, não sou eu quem trata. Deves falar com a Lúcia, me desculpe”*. Insisti um pouco mais e acabei questionando a enfermeira sobre a entrada de uma menina que havia sido estuprada e que fazia ali o aborto legal. Visivelmente irritada, a profissional se esquivou e repetiu que este assunto não era tratado com ela: *“procure a Lúcia. Eu entrei aqui agora, em setembro, e não entendo absolutamente nada sobre o assunto. Não sei de nada disso. Mas a garota deverá ir para o AC”*²¹⁸.

²¹⁷ Um caso interessante aparece na Revista Veja (janeiro/2009) e é narrado pelo médico ginecologista Jorge Andalaft Neto (entrevista intitulada “Aborto: os médicos rompem o silêncio”).

²¹⁸ Diante da assertiva, não me atrevi a perguntar quem era o médico que estava dando plantão na mesma noite que esta enfermeira, e confesso que cometi, digamos, um “erro metodológico”, porque me acabei esquecendo posteriormente de investigar quem era tal profissional. Embora não tenha arrolado uma entrevista ou uma

A realização do aborto legal não é conhecida ou muitas vezes não é aceita por boa parte dos profissionais de saúde desta maternidade, tal qual revela o discurso desta enfermeira²¹⁹. Tal postura, comparativamente a outros hospitais de referência no Brasil, não é exclusiva dos profissionais de saúde em Santa Catarina, como mostram outros estudos, como o de Omar Ribeiro Colas (1996)²²⁰, que observa que, no início da implementação deste serviço no Hospital Jabaquara, o despreparo e o descaso de seus colegas médicos eram bastante transparentes. Tais profissionais não queriam comprometer-se com a questão do aborto legal em gestantes vítimas de estupro, uma vez que muitas dessas mulheres recebiam informações desencontradas em relação às autorizações judiciais. Em função disso, a falta de assistência pré-natal fazia com que as gestantes sofressem riscos e complicações tanto maternas quanto fetais. Somente aos poucos os profissionais foram aderindo ao programa até ser criada uma equipe multiprofissional. Essa equipe elaborou uma rotina de atendimento de acordo com o Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher, proposto pelo Ministério da Saúde. Hoje o Jabaquara é um dos mais importantes hospitais de referência do país para a questão do aborto legal.

Do mesmo modo, Gilberta Soares (2003), em pesquisa sobre o Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual da Paraíba e do Distrito Federal, observa a resistência de muitos profissionais em aderir aos programas, sobretudo nos casos de aborto legal, devido a crenças religiosas, questões éticas e morais.

Embora alguns profissionais do Hospital sejam sensíveis à questão e não ignorem os “direitos reprodutivos das mulheres”²²¹, outros, que trabalham em setores-chave desta maternidade – centro obstétrico, triagem, alojamento conjunto –, não têm conhecimento ou

conversa informal mais efetiva, pode-se considerar que as poucas palavras da enfermeira Maria foram significativas e sugeriram pistas para a investigação.

²¹⁹ Esse tipo de situação é retratado no filme “O Aborto dos Outros”, 2006, dirigido por Carla Galo. Ver sinopse no anexo 3.

²²⁰ Colas realizou um dos primeiros trabalhos sobre a implantação do Serviço de Abortamento Legal no mestrado em obstetrícia. Neste revela sua preocupação referente aos aspectos da implementação desse Serviço (criado pelo Ministério da Saúde) no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, em São Paulo. Esse hospital, segundo Colas, foi o único que se mostrou sensibilizado à época (1989) e implantou o atendimento a gestantes vítimas de estupro que desejavam interromper a gestação, conforme bem lembrado pelo Dr. Jonas, médico que entrevistei em São Paulo. O autor analisa algumas características sociais da população vitimada por esta ocorrência e particularidades clínico-cirúrgicas deste atendimento.

²²¹ “Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos nas leis nacionais, nos documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos pertinentes das Nações Unidas aprovadas por consenso. Esses direitos baseiam-se no direito básico de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre eles, a dispor da informação e dos meios para tal e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito a tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violência, conforme estabelecido no documento dos direitos humanos” (VENTURA, 2004: 73-74).

mesmo não possuem interesse em se envolver/comprometer em casos como o de Estrela pelos motivos mais variados.

A atitude da enfermeira do Centro Obstétrico (CO) e do médico de plantão ao mandarem Estrela para casa me parece um bom (ou mau) exemplo do desconhecimento – descomprometimento/negligência – deste protocolo e dos direitos que dele emanam, mesmo estando a família em posse de uma autorização judicial.

Conforme o discurso desta enfermeira – *“procure a Lúcia. Esse assunto não sou eu quem trata.... Mas a garota deverá ir para o AC”* –, percebe-se que a profissional, embora reconheça e admita a existência do problema, algum *segredo* a impede efetivamente de reconhecê-lo e de admiti-lo, o que corresponde à postura de tantos outros profissionais do hospital investigado.

Retornando às minhas observações, percebi, após terminar minha conversa com a enfermeira Maria, um certo movimento em torno da recepção do CO. Olhei mais atentamente e reconheci uma das psicólogas da maternidade do Hospital, que repassava instruções ao enfermeiro de plantão. Entendi que ela estava falando de Estrela:

Psicóloga: *Indução misoprostol... hora de entrada... Certo. Aqui vão as assinaturas... Se tiver dúvidas, consulte o protocolo... Ela já está sendo atendida?*

Enfermeiro: *Sim. Está no “5” do AC (quarto 205 do Alojamento Conjunto).*

No mesmo instante, Dr. Tales, que à época era chefe da tocoginecologia, passou por mim e foi para a triagem obstétrica. Retornou e seguiu para o alojamento conjunto. A movimentação entre os enfermeiros e a presença deste médico indicavam que certamente Estrela estava sendo atendida naquele momento. Segui para lá e tentei conversar com a enfermeira Rosa (AC) e com outras enfermeiras deste setor, porém todas estavam extremamente ocupadas. Dr. Tales conversou com uma das enfermeiras, deixando em seguida o AC. Aguardei por mais algum tempo e não percebi movimentações expressivas em torno dos procedimentos de aborto legal.

Tal qual Malinowski (1982: 288), tive, naquele momento, vontade de desertar devido ao marasmo que se instalou naquele setor. Depois de algumas horas sem retorno de minhas observações sobre o caso, resolvi procurar por uma de minhas informantes da assistência social, quando a enfermeira Rosa correu (literalmente) atrás de mim: *“Rozeli, não sabia que ias embora! Tem dois casos de aborto hoje. Um incompleto. O outro... como é que eu vou te dizer? [...]. É! Estou com o prontuário aqui, se tu quiseres dar uma olhadinha”*.

A partir do contato com Rosa, (re)confirmei que Estrela estava internada no quarto 205 do AC. Retornei para olhar o prontuário e acompanhar, na medida do possível, o caso dessa garota articulado às representações dos/as profissionais de saúde. Enquanto fazia algumas anotações, Rosa, num breve intervalo, voltou a falar comigo:

Rosa: *Queres saber mais alguma coisa?*Rozeli: *Detalhes.*
 Rosa: *Rozeli, assim meio em ‘off’, tá? A menina foi estuprada por um vizinho. Parece que o cara já jogou alguém numa vala e ateou fogo. Ele disse pra menina não contar [sobre o estupro] pros pais. Ameaçou mesmo. Mas ela contou.* Rozeli: *Onde eles moram?* Rosa: *não sei. No prontuário. Espera aí... Parece que é no Morro do 25. Não sei. São bem pobres.*

Nesse ponto, retornamos ao *cultivo do segredo* (SIMMEL, 1939) em relação ao que não deve ser “dito”, “visto”, “reconhecido”, “revelado”, tampouco “pronunciado”. A enfermeira Rosa (AC), ao querer “revelar-me” que a menina Estrela estava internada naquele setor por razões relativas ao aborto legal, não sabia nem mesmo nomear “legalmente” o que se passava com a garota: *“Rozeli, tem dois casos de aborto hoje. Um incompleto. O outro... como é que eu vou te dizer?”*. Apesar de a enfermeira ficar compadecida com o caso de Estrela, sua atitude parece confirmar que nesse recinto existem coisas que não podem ser “ditas” “vistas”, tampouco “pronunciadas”. E, quando “revelou”, entre sussurros, o caso da garota perguntando se eu queria saber de mais alguma coisa, ao que respondi *detalhes*, ela disse: *“Rozeli, assim meio em ‘off’, tá?”*. Outro relato envolto no *segredo* sobre aquilo que não poderia ser “revelado”. Sem falar nas relações de gênero entre vítima e estupro: *“a menina foi estuprada por um vizinho. Parece que o cara já jogou alguém numa vala e ateou fogo. Ele disse pra menina não contar [sobre o estupro] pros pais. Ameaçou mesmo. Mas ela contou”*. E, ainda, algo que desvela os *segredos de gênero* entre as camadas sociais: *“são bem pobres”*, ou seja, o significado de possuir recursos ou um capital simbólico (BOURDIEU, 1989) evitaria uma revitimização da garota. Para conseguir realizar o aborto legal, Estrela teve de passar pela delegacia das mulheres – instituição onde foi maltratada, segundo informes da assistente social, pelo Juiz, que, antes de autorizar, aconselhou a garota a não abortar – até chegar ao Hospital – onde foi mandada para casa pelos profissionais de saúde devido ao “desconhecimento” acerca do protocolo de atendimento, retornando posteriormente. A essas dificuldades ainda se somam os juízos de valor por que passam as

mulheres que realizam a interrupção através de autorizações judiciais, normalmente pertencentes às camadas populares²²².

No que concerne aos profissionais de saúde, estes *segredos* muitas vezes estão envoltos por diferentes motivações, as quais interferem no cotidiano de seus afazeres e nos seus posicionamentos. Tais representações não são homogêneas, e acabam por se traduzir de maneiras diferenciadas entre os profissionais, como, por exemplo, por aquilo que nomeiam de *falso-estupro*.

4.3.1 Aborto e Controvérsias sobre o *Falso-estupro*

Alguns profissionais de saúde me relataram ter medo de participar do que chamam de *falso-estupro*, ou seja, temem que a gravidez não tenha sido provocada por um estuprador e sim por uma relação sexual consentida, porém desprotegida – leia-se sem preservativos ou sem uso de contraceptivos –, principalmente em relação às adolescentes. Segundo a enfermeira Sara, do CO, “*existem casos que não são de estupro. Quando a garota é menor de idade, geralmente a mãe força a filha a abortar. Muitas vezes estão grávidas dos namorados. E, olha, elas choram muito*” (DC 16/12/2007).

Essa hipótese ainda foi levantada por outras duas enfermeiras no que diz respeito ao caso de Estrela. Segundo as profissionais, a garota apontou um outro homem, *um advogado*, como possível estuprador, tanto que, na autorização do juiz, havia a observação de que deveria *ser armazenado material necessário à realização de exame de DNA com a finalidade de auxiliar na prova da autoria do ilícito*.

Miriam Grossi e Analba Brazão Teixeira (1999) observam que esse fato é descrito correntemente no Brasil como “crime de sedução”. As autoras analisam os crimes denunciados na delegacia de mulheres em Natal, onde surgem várias queixas envolvendo principalmente garotas entre 11 e 14 anos, estando boa parte delas grávida.

Segundo as autoras, tal fato “revela que permanecem, no imaginário das pessoas que denunciam crimes em Natal, valores tradicionais da cultura brasileira, particularmente no que se refere à virgindade e à gravidez fora de uma relação matrimonial reconhecida socialmente” (GROSSI & TEIXEIRA, 1999: 55). Pontuam que, em Natal, a queixa de crime de sedução não deixa de ser um ato necessário para as meninas grávidas fora do casamento,

²²² Mulheres de camadas abastadas normalmente recorrem a clínicas particulares ou mesmo ao seu médico ginecologista que realiza o abortamento, sem sofrer revitimizações (GOMES & GALLI, 2006; GALLI & MELLO, 2007).

comprovando, perante os pais, que elas não têm culpa pela gravidez; e, assim, a responsabilidade torna-se do “outro”, daquele que “roubou sua sexualidade” (MOTTA, 2006: 90)²²³. A queixa na delegacia “repara o mal”, ou seja, corrobora a “relação sexual” para, em muitos dos casos relatados pelas autoras, legitimar a união afetiva.

Mas, no caso aqui analisado, a procura à maternidade pelos pais de Estrela, ao contrário, foi para “deslegitimar” qualquer possibilidade de união afetiva através da efetivação do aborto legal. Por outro lado, se pensarmos hipoteticamente que Estrela, aos 13 anos, tenha sido “seduzida” por um homem mais velho, um advogado, com um status bastante diferenciado de sua família, que, segundo a enfermeira Rosa, *era bem pobre*, talvez aí caibam os argumentos de Grossi e Teixeira (1999). Conforme acusa Rosa: *“você lembra daquela menina que fez o aborto legal? Será que foi estupro mesmo? A garota teve uma reação... ela apontou mais que um aliciador. Mas, como é menor, teve que fazer o aborto”* (DC, 28/12/2007). Pelo sim ou pelo não, a fala de Rosa é significativa, pois, conforme soube posteriormente, o exame de DNA não fora realizado.

Numa tarde, enquanto observava a movimentação do AC, pude *ver e ouvir* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000: 34) – talvez mais *ouvir* do que *ver* – pelos corredores desta maternidade os embates e controvérsias entre os próprios profissionais, sobre a (des) elaboração da “face” (GOFFMAN, 1980) desta instituição. Observei que uma das assistentes sociais saiu de um quarto junto com a enfermeira Amália, do CO. Pelos gestos e pelos olhares da enfermeira, percebi que ela estava visivelmente indignada. Eu estava sentada em um sofá defronte ao quarto de onde elas saíram. Amália relata à assistente social uma discussão que teve com outra enfermeira em relação ao desconhecimento acerca do protocolo de vítimas de violência sexual/aborto legal. Amália chamou tal enfermeira de *ignorante*, disse que *discutiu mesmo* e que *tal coisa* – que eu não sabia até então do que se tratava – constava no protocolo. Nas palavras desta enfermeira: *“mesmo assim, Vânia. Ela, sabendo que a menina foi estuprada, tinha que colher material para o DNA. Foi uma discussão. Falta humildade pra ela. Era só pensar um pouquinho! Afinal, a garota foi estuprada, o cara é um assassino e deveria estar preso. Por que ela não colheu?”*.

Ambas saíram dali enquanto continuavam conversando pelo corredor em direção ao CO. Pelo que pude compreender, falavam sobre Estrela. Fiquei muito curiosa, perguntando-me se o exame de DNA não teria sido feito. Pelo que eu estava entendendo, houvera uma

²²³ A ideia de sexo roubado, segundo Motta (2006: 90), “é descritiva em relação a um determinado aspecto da violência sexual: a ausência do consentimento da vítima”.

falha de comunicação, algum ruído entre um setor e outro, como já observei outras vezes nesta maternidade (PORTO, 2008).

Amália disse que era *inconcebível* tal pessoa não saber do protocolo. Contudo, já haviam mandado a garota embora porque Lúcia não estava lá da primeira vez em que Estrela deu entrada na triagem do CO. O juiz mandou colher o DNA, uma vez que não havia provas concretas de quem estuprou Estrela. Posteriormente, Vânia retorna e relata que *o pessoal do IML veio buscar o material do DNA da garota, mas ele não foi recolhido*.

Diante de tal assertiva procurei pela enfermeira Lúcia, do CO. Amália estava lá e se retirou no momento em que cheguei à sala. Perguntei a Lúcia, sem hesitar, sobre o exame de DNA: *“Rozeli, ele não foi feito. Jogaram o feto direto no formol. Os funcionários não estão acostumados. Isso é compreensível pela novidade do fato de se ter que fazer exame de DNA”*.

Neste caso concreto, observa-se que o teste de DNA não está sendo utilizado para desvendar quem é ou não o suposto pai, numa atitude de identificá-lo e, assim, atribuir obrigações sociais a esse indivíduo preciso. Sua diversa aplicabilidade, que já virou rotina entre os operadores da justiça²²⁴ (FONSECA, 2004: 25), estaria sendo utilizada para comprovar, se assim posso dizer, *a filiação genética* de quem violentou Estrela e punir tal indivíduo de acordo com a lei²²⁵. No entanto, sem a realização deste exame, restou a incerteza sobre o possível estuprador, que acabou por não ser definido.

O erro da funcionária deste hospital, independente de ter sido por despreparo ou negligência, acabou finalizando, sem maiores prerrogativas, o episódio da menina Estrela. O resultado do teste de DNA do feto seria a única prova concreta para revelar o estuprador. O caso acabou retornando para a caixinha dos *segredos de gênero* referentes a estas relações, sobre algo que talvez somente Estrela pudesse revelar.

De qualquer modo, o significado de não realizar o teste pode ter relação com as desconfianças dos/as profissionais de saúde relativas ao *falso-estupro* – principalmente de

²²⁴ Cláudia Fonseca (2004: 31) observa que os juízes que arbitram investigações relativas à paternidade “não perdem mais tempo com testemunhas, indo em geral direto à prova ‘contudente’ do DNA”. Sob meu ponto de vista, tal prática parece indicar que não somente o segmento jurídico mas também o segmento social brasileiro aderiram completamente ao ideário que normalmente acompanha as técnicas de identificação genética, qual seja, a crença na Ciência como produtora de verdade. Isto é, o uso de exames de DNA implicou automaticamente uma adesão à racionalidade biomédica, sendo esse mecanismo longamente solicitado por pessoas de camadas sociais diferenciadas.

²²⁵ O artigo 213 do Código Penal Brasileiro considera estupro constranger mulher à conjunção carnal [penetração vaginal], mediante violência ou grave ameaça. A punição para o condenado por estupro pode variar de 6 a 10 anos. A mesma pena é prescrita para os casos de atentado violento ao pudor, que comporta a prática de sexo anal, oral ou outros, contra homens, mulheres e crianças.

garotas com menos idade – e não necessariamente ao desconhecimento acerca do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual/aborto legal.

4.3.2 Falso-estupro e a exigência dos Boletins de Ocorrência

Relatei, no item anterior, o caso da menina Estrela, tratado segundo o protocolo do aborto legal, sobre o qual, no entanto, correram rumores no Hospital de tratar-se de “falso-estupro”. Todavia, os/as profissionais não descartam que isso possa acontecer também com mulheres adultas. A enfermeira Sara observa que existem situações que *“simplesmente não se encaixam. Por exemplo, a idade gestacional com a autorização. Às vezes não bate. Já está grávida há algum tempo e depois diz que foi estupro. Já vi algumas vezes isso acontecer. Por isso, alguns médicos exigem que estas mulheres façam boletins de ocorrência na delegacia”* (DC 16/12/2007).

Outro enfermeiro disse que *“uma vai contar pra outra sobre o aborto sem o BO. Elas mentem muito, e isso vai fazer com que se criem filas aqui no Hospital. Já soube de casos em que a idade gestacional não bateu na ultrassonografia. Elas mentem, e, por isso, é necessária uma documentação até para protegê-las”* (DC, 10/12/2007).

Uma terceira enfermeira argumentou que o tema divide os profissionais: *“claro que isso não vai acontecer. Agora não precisa mais do BO para os casos de estupro. Você acha que poderia formar fila de mulheres dizendo que foram estupradas? O assunto aqui é muito dividido”* (DC, 20/12/2008).

No que diz respeito à deliberação ou não dos boletins de ocorrência nos casos de gestações provenientes de estupro, a autoridade e o poder do profissional contidos nestas relações de gênero entre médicos e pacientes marcam indelevelmente a hegemonia inerente a estas instituições.

Durante meu trabalho de campo, marquei entrevista com um médico que me atendeu prontamente no dia e horário combinados. Diferentemente dos outros entrevistados, este profissional tinha uma postura extremamente dura, embora demonstrasse boa vontade em colaborar com a pesquisa. Em meio à entrevista, perguntei se ele concordava com a extinção dos boletins de ocorrência para realizar o aborto em gestações proveniente de estupro. Sua resposta foi bastante direta, dizendo que não se importaria em interromper uma gestação em que a mulher estaria correndo risco de vida ou de um feto que não sobreviveria após seu nascimento ou mesmo de uma gravidez por estupro. Porém, não comprovar através do

boletim de ocorrência a gestação advinda de violência sexual implicaria questões mais complicadas. Nas palavras do médico,

No caso dessa gestação decorrente de estupro, isso já é um pouco mais complicado. Eu acho que não me sentiria nem um pouquinho bem sendo enganado pela paciente. Ela dizer que a gravidez foi decorrente de estupro e não foi. Então, ser obrigado a acreditar numa coisa que a gente não tem certeza [pela falta do boletim de ocorrência], eu não me sentiria bem. Então eu acho que a gente tem que se cercar de técnicas para evitar que isso aconteça. E que essa interrupção da gestação por estupro seja feita precocemente. Estamos no momento com uma discussão muito grande entre o judiciário, o STF e o Ministério da Saúde, em que um defende a necessidade do BO e o outro que diz não ser necessário. O que nós preconizamos aqui no serviço por enquanto é obedecer às deliberações do Conselho Federal de Medicina e da associação médica brasileira e da nossa sociedade de ginecologia, que preconiza que há a necessidade do boletim de ocorrência. Então, nesses casos de abortamento decorrente de estupro, a gente exige a necessidade deste documento. Existem alguns argumentos para que isso seja eventualmente dispensado. Mas, como existe uma questão legal, uma declaração do próprio presidente do STF dizendo que há essa necessidade, nós vamos estar nos expondo legalmente se a gente não exigir (Tales, médico ginecologista, entrevista em 01/08/2005).

O que se percebe a partir do discurso deste meu interlocutor é que realizar o aborto nas ocorrências por estupro implicaria deliberações institucionais, principalmente aquelas ligadas à sua profissão, as quais devem ser prontamente **obedecidas** para que estes profissionais não se **exponham legalmente** diante da não exigência do BO. Na realidade, o BO não é mais um documento obrigatório, conforme declara. A Norma Técnica do Ministério da Saúde que regulamenta o pedido de aborto no SUS para atendimento à mulher vítima de violência sexual sofreu mudanças no ano de 2005, não mais implicando a exigência do documento²²⁶. De acordo com a entrevista cedida ao Correio Braziliense pela representante do Ministério de Saúde,

(...) a paciente será responsável pelas informações que prestar. Se estiver mentindo, poderá responder criminalmente por isso... Muitas preferem não registrar o crime, na maior parte das vezes por medo ou vergonha. A nova norma prevê

²²⁶ 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).

que os hospitais tenham apoio psicossocial para as mulheres e aconselhamento jurídico para que elas procurem a polícia. Mas, mesmo que se negam a fazê-lo, diz a norma, o hospital não poderá negar o atendimento. O protocolo de atendimento prevê que os médicos façam um histórico do caso, registrem todos os dados da vítima e as circunstâncias do caso, além de pedir os exames físicos e de gravidez. Esses dados ficarão registrados no hospital... É um assunto de direitos humanos. **Deve-se levar em conta a palavra de uma mulher, sobretudo quando para a justiça é tão difícil e lento comprovar que ela foi estuprada** (Correio Braziliense, 16 de março de 2005 *apud* MACHADO, 2008: 20).

Esta nova deliberação pontua que os médicos não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso, posteriormente, descubra-se que a gravidez não foi resultante de estupro. A mulher que sofre um estupro não tem o dever legal de participar o fato à polícia e, dessa forma, não é obrigada a preencher o Boletim de Ocorrência Policial. Os profissionais de saúde devem orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais. E, caso não o faça, não lhe pode ser negado atendimento nem a realização do aborto (IPAS, 2008: 8). No entanto, pelo atual Código de Ética Médica, o profissional da saúde pode alegar objeção de consciência e não realizar a interrupção da gestação, uma vez que ele encaminhe a paciente para outro profissional.

Mas, sob o ponto de vista de meu interlocutor, sua prerrogativa parece não estar em problemas de “objeção de consciência”. Compreendo que este médico – como outros – tenta agir respeitando tais procedimentos resguardando-se a partir de seu código de ética profissional. No entanto, aqui também estão implicadas determinadas questões de poder (ORTNER, 1996) que se impõem na ausência de reconhecimento a partir do ponto de vista do/a “outro/a”. Dizer que não *se sentiria bem* ao ser hipoteticamente *enganado pela paciente*²²⁷, não levando *em conta a palavra de uma mulher*, demonstra que o médico não considera o ato a partir dos “direitos reprodutivos das mulheres”. Detém-se, neste caso, a determinadas burocracias que adota como técnicas de proteção para si, mesmo estando

²²⁷ Em minha pesquisa no hospital, pude observar que tal receio se traduziria no medo de que alguns profissionais teriam em ser enganados pelas mulheres. Estas poderiam alegar estupro quando na realidade haviam mantido relações sexuais com seus maridos, namorados ou companheiros e, conseqüentemente, formar-se-ia *uma fila enorme* pelos corredores da maternidade. Isso afetaria os profissionais de saúde pela sobrecarga de trabalho, afetando também sua estrutura física e a falta de quartos e de funcionários, por causa dessas mesmas mulheres ou, conforme expressão de um dos médicos deste hospital, “*dessa mulherada sem-vergonha*”: “*o problema é liberar o aborto todo. É uma burocracia pra gente, que é médico, que você não queira saber! Faz papelada pra cá, papelada pra lá. Olhe, menina, é uma correria! E depois não dá pra liberar assim, porque aparece essa mulherada sem-vergonha pra fazer aborto e daí não tem mais tempo nem lugar pra atender ninguém. Tem uma discussão aqui no hospital sobre o atendimento municipal, estadual, mas nem estou por dentro direito* (médico ginecologista, 23/11/2007).

protegido por seu próprio código de ética médica ou pelas modificações implementadas pelo Ministério da Saúde que isentam os profissionais de determinadas sanções, a exemplo do caso mencionado. O pressuposto não está em confiar na mulher. Diante de tais circunstâncias, fica explícito em seu discurso que, ao ser *enganado*, perderia nesta relação seu poder para a mulher. Ela, em algum momento, poderia iludi-lo para que realizasse um aborto talvez não proveniente de uma violência sexual. Da mesma forma, abdicaria de seu poder, ao não exigir um documento que comprovasse efetivamente a gravidez por estupro.

A partir deste caso particular, percebe-se como se articulam os códigos culturais envoltos nos *segredos de gênero* dentro deste hospital quando levadas em consideração as representações dos profissionais de saúde e de outros sujeitos envolvidos nestas circunstâncias. Neste aspecto, não somente se acentua o apelo à objeção de consciência entre os profissionais, como também estes exercem determinadas motivações sobre suas pacientes²²⁸, barrando sutilmente a circulação da dádiva às mulheres que necessitam realizar o aborto legal, pois estes acreditam – como veremos adiante – que a *verdadeira dádiva* seja a *vida*. E, mesmo quando esta circulação consegue efetivar-se, ela é realizada em casos como o de Estrela, que, de qualquer modo, não foi isenta de obstáculos, tampouco de juízos de valor.

No que diz respeito a esse tema, percebi, através dos discursos de minhas informantes em terras lusitanas, o mesmo que Flávia Motta (1997) encontrou em sua pesquisa em hospitais de Santa Catarina, ou seja, um “sonoro silêncio” quando tocava nesse tipo de assunto. Não havia, por parte das profissionais de saúde em Portugal, um discurso consistente sobre o “aborto por estupro”, fato que me causou estranhamento e que passo a discutir no próximo item.

4.4 Aborto por estupro em Portugal

Um fato que chamou atenção em meu trabalho de campo em Lisboa foi a quase ausência de narrativas sobre o tema “estupro” – mais conhecido pelos portugueses como *violação* – por parte de minhas entrevistadas. Raramente alguma delas tocava no assunto; e, quando eram questionadas a respeito, suas respostas giravam em torno do quase

²²⁸ 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 que conseguiu, aos poucos, convencê-los a desistirem do aborto utilizando argumentos religiosos. Neste sentido, ver Lourdes Bandeira e Tânia Mara Campos Almeida (1999) sobre o caso do pai-avô.

*desconhecimento de casos e da falta de experiência nessas ocorrências*²²⁹. Surgia vez ou outra quando alguma delas se referia às leis do aborto em Portugal, onde repetiam que *o aborto poderia ser realizado por motivos de violação até as 16 semanas de gravidez*.

Pude captar tais representações no discurso de duas enfermeiras, as quais, de qualquer modo, não manifestaram grande “entusiasmo” sobre o assunto. Quando questionei as profissionais sobre os casos e, mais especificamente, sobre as ocorrências de aborto por estupro/violação, as respostas das enfermeiras Luciana²³⁰ e Maristela²³¹, respectivamente, foram as seguintes:

Violação? Não tenho grande experiência. Mas penso que empiricamente, nos casos de violação, é um alívio... Para a mulher é um alívio quando ela decide interromper. Rozeli: mas nestes casos elas chegam com quantas semanas de gravidez? Luciana: Eu penso que devem chegar com menos tempo [de gravidez]. Mas não lembro de nenhuma. Penso que são casos mais raros mesmo. Eu acho que uma mulher deve-se sentir aliviada, porque a decisão dela de ficar com o filho ou não não depende se o filho é ou não perfeito. Depende de como ela, no seu íntimo, olha para aquela criança. Mas não tenho experiência que permita falar sobre isso. Nenhum caso que lembro (Luciana, enfermeira, 01/06/2007).

(...) Por exemplo, nos casos de violação eu sou a favor [do aborto], porque a mulher não pode ficar olhando para um filho concebido desta maneira. Rozeli: e aparecem muitos casos de violação? Mariana: Aqui nunca vi. Mas já ouvi falar em histórias de violação. Rozeli: Que tipos de histórias? Mariana: Ouvi falar de uma menina que foi violada pelo padrasto. Uma criança. Essa é que lembro. Nunca tive contato. São mais raros, graças a Deus. Rozeli: e o que aconteceu com ela? Mariana: Não recordo, pois, como lhe disse, são raros (Maristela, enfermeira, 23/07/2007).

Teresa, também enfermeira, articulou um discurso um pouco mais elaborado, contudo sem explicitar o tema propriamente dito. Além do aborto por estupro, sua preocupação estava na prática da adoção de crianças que foram concebidas através de relações sexuais

²²⁹ Segundo informações de uma amiga por e-mail, os procedimentos em Portugal variam no atendimento às mulheres que sofrem violação. Se a mulher vai primeiramente à Polícia, esta registra a queixa e envia para o Instituto de Medicina Legal nos lugares em que há delegações do Instituto. Quando a mulher vai primeiro ao Hospital, profissionais de saúde chamam o IML, que se desloca até esta instituição, em alguns casos. A vítima pode apresentar queixa diretamente no Instituto de Medicina Legal. Ela não soube dizer se atualmente há práticas mais articuladas.

²³⁰ Esta enfermeira foi indicada por Marta L. Basto, chefe de enfermagem da Escola de Enfermagem de Lisboa, que, por sua vez, foi indicada por minha orientadora do ICS, Cristiana Bastos. Infelizmente não foi possível entrevistar a enfermeira Marta.

²³¹ Maristela foi indicada por uma brasileira que conheci em Lisboa.

“admitidas”, ou seja, mulheres que, segundo ela, não sofreram violência sexual. E esse discurso direcionava-se para as pessoas de camadas populares em Lisboa. Todavia, sua fala traz argumentos interessantes para pensar o tema:

Existe uma fila de espera imensa para adoção. Pessoas que têm condições, que têm dinheiro, que não podem ter filhos, mas querem bebês recém-nascidos e de raça branca. Então as pessoas querem adotar, mas com essas condições. E também sem doenças. E essas pessoas dos bairros de periferia que passam por uma gravidez e depois doam seus filhos, para elas é muito mal. Porque, em termos sociais, são muito mal vistas depois no bairro. Elas podem ser maltratadas, faltar comida... As pessoas ficam muito mal vistas se dispuserem seus filhos para adoção. Camadas populares baixas, bem baixas. Já vi aqui [...] 3 ou 4 casos em que as meninas deram as crianças em adoção, mas isso é muito raro de acontecer. Quando a pessoa decide que não vai abortar, que vai levar à frente a gravidez para depois doar os filhos, é pior para ela em termos sociais e em termos psicológicos também. Eu acho que isso a maioria não consegue fazer. E há as que se arrependem de dar os filhos. [Rozeli: E no caso de violação?] No caso de violação não há problema, porque já estava incluída na lei anterior. E, nestes casos, nenhuma das mulheres que conheci quis seguir com a gravidez. (Teresa, enfermeira, 04/07/2007).

Note-se que, nos diálogos destas três profissionais de saúde, a única que esboça algum conhecimento “relativo” aos casos de aborto por estupro é Teresa. Enquanto Luciana delineia sua opinião pessoal sobre as ocorrências de estupro – acreditando que o aborto seria um *alívio para a mulher*, porém admitindo não ter atendido nenhum caso –, e Mariana toma conhecimento a partir de *histórias* relatadas talvez por colegas ou pelo jornalismo local, a enfermeira Teresa relativiza e consegue perceber a existência de um “código social” nos movimentos e ações em torno da adoção e do aborto – por violação ou não – entre as camadas populares lusitanas, que, segundo minhas informantes, são incrementadas por estrangeiros que vivem ilegalmente no país.

Conforme Teresa, os casos de *violação* (ou não) parecem fazer parte do que chamaríamos de um “código de honra” entre as camadas populares (FONSECA, 2000), pois desvendam uma lógica diferencial daquela defendida especialmente pelos adeptos de uma “ontologia substancialista” (LEAL & LEWGOY, 1995: 58), para os quais a *vida* deve ser protegida desde a concepção.

Porém, levando-se em consideração o discurso da enfermeira, essa máxima não se concretiza para os integrantes de algum “pedaço” (MAGNANI, 1998) pertencente à *periferia*

de Lisboa. Muito pelo contrário, o significado de “dar a vida” (JOAQUIM, 2006) em benefício de outrem (s) – criança/pais/mães adotivas – e em detrimento do aborto pode significar a exclusão social da mulher. É muito pior *dar o filho em adoção* do que realizar o aborto, tanto que *aquelas que se arrependem de dar os filhos* podem ter este sentimento não necessariamente por causa do que costumamos chamar de “amor materno” (BADINTER, 1985), mas devido ao arrependimento frente à sua condição social de rechaço perante a comunidade, uma vez que *elas podem ser maltratadas, faltar comida...*

De qualquer modo, o significado do silêncio sobre o tema revela-se numa espécie de *segredo* que não pode ser “dito”, “visto”, “reconhecido”, tampouco “pronunciado”. Como na terra *brasilis*, existe, no *além-mar*, um tabu que rodeia este “objeto”, dificultando até mesmo que ele seja discutido no plano das ideias; e, conseqüentemente, percebe-se a dificuldade de concretização desta discussão, independente de estar “carimbada” ou não no Código Penal.

Hipoteticamente, este *segredo* poderia ser compreendido de outras maneiras. Dentre elas, as profissionais de saúde que participaram desta pesquisa poderiam talvez não tomar conhecimento – no momento da IVG – da razão pela qual a mulher resolveu abortar. Como referem minhas informantes lusitanas, elas seguem instruções formalizadas pelos médicos “*sem questionar o porquê daquela senhora estar ali para abortar*”, pois, “*a terapêutica quem administra são os médicos. Nós apenas as seguimos*”. (Raquel, enfermeira).

Mas seriam as enfermeiras lusitanas tão imparciais neste sentido? Penso que elas poderiam não questionar os motivos pessoais das mulheres em realizar uma IVG – havendo várias exceções, conforme relatos das informantes –, mas com certeza elas saberiam a razão pela qual a IVG foi solicitada, principalmente no que diz respeito à maternidade onde todas as minhas informantes trabalham – ou trabalharam –, em que o espaço físico e geográfico “desvenda” tais razões por existirem quartos separados para este tipo de operação e pelos próprios comentários que são emitidos entre as profissionais. Desse modo, também tenho consciência de que a imparcialidade não se limita a seguir as instruções médicas – certamente não estou sugerindo ações e reações antiéticas por parte das profissionais –, uma vez que são as enfermeiras que realizam todo o procedimento.

No Hospital em que pesquisei no Brasil, pelo menos, percebi que, embora haja falta de comunicação entre os profissionais de saúde em todas as escalas – médicos/as, assistentes sociais, enfermeiros/as, etc. –, eles/elas sempre comentavam – pelo menos entre as enfermeiras/os, técnicas e assistentes sociais – os casos inusitados referentes às mulheres que realizavam o aborto legal (ou “ilegal”, ou algum outro tipo de caso que chamasse atenção)

nesta instituição²³². Apesar de não ter acompanhado classicamente o trabalho das profissionais lusitanas, penso que dificilmente minhas informantes não saberiam a razão do pedido de IVG. Nas entrevistas, minhas informantes comentavam constantemente sobre a *história* de uma colega, ou que *ouviram comentar sobre tal coisa, que a amiga do plantão anterior falou isso e aquilo, que a colega teve tal atitude que ela jamais teria, que aquela mulher era o terceiro aborto que realizava, etc..* Neste sentido, “gênero, fofoca e honra”, parafraseando a antropóloga Cláudia Fonseca (2000), parecem também circundar esses espaços biomédicos tanto quanto outras questões a que já me referi incansavelmente nessa tese – religião, moral, ética.

Enfim, se descartada tal hipótese, uma outra chama atenção na complexidade dos *segredos* desse território lusitano: as mulheres podem não denunciar que sofreram abuso sexual, violação, estupro, com uma conseqüente gravidez. Levando-se em consideração os jornais locais, uma das últimas notícias de que tive conhecimento intitulava-se “Portugal sentencia poucas condenações por violação” (Jornal Lusa, 24/04/2009). O Jornal divulgou dados preliminares de pesquisa desenvolvida pela “Child & Woman Abuses Studies Unit”, da Universidade Metropolitana de Londres, e pela delegação de Lisboa do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML)²³³.

Segundo a notícia, as condenações *por violação* em Portugal caíram pela metade nos últimos 14 anos, passando de 24% de casos registrados no ano de 1993 para 12% em 2006. A pesquisa apontou também um declínio das queixas por *violação*, caindo em 30% entre esses anos (1993-2006), ao contrário do que aconteceu com outros países da Europa, que registraram um incremento de queixas²³⁴. Conforme sugere o estudo, os dados indicam que, em Portugal, as “mulheres ainda têm dificuldade em queixar-se de violação num contexto relacional” e que este resultado “parece traduzir pouca confiança nas respostas da Justiça criminal relativamente à violação em Portugal”²³⁵.

²³² Observei diversas vezes, na cozinha da maternidade, as enfermeiras se reunirem para lancha e conseqüentemente comentarem os diferentes casos que davam entrada na maternidade. Foi realmente um local privilegiado para “ver” e “ouvir” (Cardoso de Oliveira, 2000) minhas informantes. Neste sentido, ver também Victoria Santos (2001) e Porto (2002).

²³³ O objetivo da pesquisa foi comparar o tipo de resposta institucional e a cadeia de procedimentos legais em casos de estupro/violação em 11 países europeus, incluindo Portugal.

²³⁴ Segundo as pesquisadoras portuguesas Marlene Rodrigues e Regina Vieira, “comparado com outros países de dimensão populacional semelhante, Portugal apresenta uma taxa muito reduzida de queixas registradas por 100.000 habitantes: 3,23 em 2006, enquanto na Suécia e na Bélgica as taxas se cifravam em 46,51 e 12,32, respectivamente” (Jornal Lusa, 24/04/2009).

²³⁵ A pesquisa ainda traz “o perfil” do estupro/violador em Portugal: sexo masculino, em 61% dos casos conhecidos das vítimas e 39% eram desconhecidos ou pessoas conhecidas recentemente; 40% correspondiam a sujeitos empregados e estudantes, menos de um quinto eram desempregados (18%), e poucos apresentavam incapacidades físicas ou problemas de saúde mental; 44% tinham sido acusados por agressões anteriores (11%

Considerando o resultado desta investigação, poucos casos de estupro e de gravidezes resultantes de estupro chegariam às maternidades portuguesas, e, conseqüentemente, as profissionais de saúde teriam pouca ou nenhuma experiência com mulheres que passaram por esse tipo de violência, conforme anunciaram minhas informantes.

Poder-se-ia pensar que a gravidez advinda de estupro poderia ser encaixada em outras alíneas da justiça portuguesa, lembrando que a lei anterior já permitia o aborto por outras razões, a exemplo de distúrbios psicológicos da mulher. Neste sentido, tais mulheres (ou adolescentes e seus parentes) se utilizariam destas estratégias para não desvelarem seus *segredos*, estratégias que, no entanto, “enviesariam” e “dissimulariam” as estatísticas, prejudicando as próprias mulheres, seja em relação ao que fazer diante da situação, seja em relação às políticas públicas ou à justiça.

O significado deste *segredo* reflete os aspectos de uma sociedade que, segundo minhas informantes, revelariam uma *cultura religiosa e patriarcal* que limitaria as ações de agenciamento (ORTNER, 1996) dessas mulheres. Segundo a feminista portuguesa Manuela Tavares, Portugal foi construída sob uma base conservadora que possui peso moral muito forte. Segundo ela,

Tivemos 48 anos de uma sociedade muito fechada. E foi a ditadura que fechou o país... Era uma censura de maneira tão forte que nossos intelectuais tiveram que sair do país, e as nossas próprias Ciências Sociais não se desenvolveram... Ciências Sociais não era ciência. Ah, e a classe médica... os médicos... Há uma formatação conservadora na mente das pessoas. Embora tenha havido o 25 de abril, embora tenha havido uma grande abertura na sociedade nesses últimos 30 anos, o certo é que ainda há resquícios dessa moral conservadora que leva as mulheres a não terem tantos direitos... De não terem o direito de decidirem... O direito do feto prevalece, porque é uma vida, portanto essas questões ganham peso...

Tavares nota que é justamente essa moral *conservadora* que limita o direito de decidir das mulheres em Portugal. A feminista não descarta a influência da religião, mas destaca que historicamente a questão moral permanece relativamente estática. Em sua entrevista, relatou diversas vezes que os *resquícios dessa moral conservadora*, com destaque ao *patriarcado*, foi e ainda se apresenta como uma barreira para as conquistas das mulheres, especialmente no

por motivos sexuais), e um em cinco tinha condenações anteriores. Estudo revela, também, que a maioria das agressões (49%) ocorreu num espaço privado, em casa do agressor ou da vítima ou numa habitação partilhada (Jornal Lusa, 24/04/2009).

âmbito de seus direitos reprodutivos, razões pelas quais diversas mulheres talvez não denunciem que foram vítimas de *violação* ou de quaisquer outros tipos de violências. Assim, acabam por manter a violação em *segredo*, tal qual pontuado por Langdon (1993) sobre as narrativas de estupro “que não podem ser contadas”. Ao mesmo tempo em que o estupro é um crime considerado abjeto (BUTLER, 2003), do mesmo modo a sociedade julga e condena a mulher vitimada, confirmando a existência de uma dupla moral (MACHADO, 1999), tal qual aquela existente no Brasil.

Com efeito, os *segredos* envolvidos nessa tensa relação se destacam tanto nos discursos das enfermeiras portuguesas quanto nos discursos e nas atitudes dos/as profissionais de saúde brasileiros/as. Quando o aborto por estupro chega às instituições, ele pode ser rotulado como “falso”, “planejado”, “inventado” – nos casos de “falso estupro” das jovens ou das mulheres que não querem fazer boletins de ocorrência no Brasil –, ainda pode ser “dissimulado” – cabendo em outra alínea da lei portuguesa que não a de violação – ou mesmo passa “despercebido” entre as profissionais de saúde, conforme narrativa das enfermeiras lusitanas.

Por mais que haja um certo clima de “compaixão” por parte das profissionais de saúde observadas, surge, em suas ações e discursos, a dúvida perante o que poderia ser ou não “verdade” diante de uma gravidez por estupro. Paradoxalmente, os significados desses *segredos de gênero* parecem revelar, independentemente do número de ocorrências que cheguem aos hospitais brasileiros e portugueses, que o aborto por estupro não quer ser “agenciado”, “visto” ou mesmo “reconhecido” pelos/as funcionários/as diretamente ligados/as ao “cuidar” da saúde reprodutiva das mulheres.

E este *segredo* em torno do aborto não parece estar ligado ao fato do desconhecimento das leis ou à falta de preparação profissional. Tanto no Brasil como em Portugal – pelo menos nas instituições citadas pelos/as meus/minhas informantes –, existem cursos de capacitação que preparam os/as profissionais para lidarem com essas ocorrências previstas em lei.

Enfim, tanto “lá” quanto “aqui” (GEERTZ, 1989), este *segredo de gênero* se faz presente, e o que parece entrar em choque tanto no Brasil como em Portugal, como veremos adiante, são as concepções de senso comum e religiosas a respeito dos direitos das mulheres e do feto (NOVAES & SALÉM, 1995; SALÉM, 1997), ou seja, algo que se inscreve na polêmica em torno do conceito de “vida”, além de concepções que circulam nessas tensas relações entre gênero e poder (ORTNER, 1996).

CAPÍTULO V

PESSOA, FETO E ABORTO: REPRESENTAÇÕES DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo, apresento alguns fundamentos teóricos pertinentes ao tema aborto e malformação fetal, com a especificidade de relatar os encontros e desencontros de algumas disciplinas sobre o “início da vida” e sobre “o estatuto moral de pessoa”. Discuto, a seguir, a *revelação dos segredos do feto* através das tecnologias de imagem e finalizo com uma análise sobre as representações dos/as profissionais de saúde e a questão do aborto por malformação fetal.

5.1 Desacordos sobre o início da vida e sobre o estatuto moral de *Pessoa*

Nesse debate sobre a “vida” ou mesmo sobre a existência da personificação do embrião ou do feto intrauterino, não se eximem os países que possuem uma legislação mais ampla referente ao aborto.

Nos EUA, por exemplo, o ex-presidente George W. Bush, em postura considerada “conservadora”²³⁶ (SINGER, 1998:147), agilizou-se para aprovar medidas que o presidente eleito Barack Obama prometera derrubar, entre elas o direito a outros trabalhadores da área de saúde de se recusarem a lidar com questões relativas ao aborto, mesmo em Estados em que a prática é permitida. Hoje o direito é garantido apenas a médicos e enfermeiros que se recusem a fazer a interrupção.

Aos olhos dos liberais e das feministas, tal medida abre caminho a possíveis retrocessos na lei, sendo que os EUA foram um dos primeiros países no mundo a despenalizar o aborto²³⁷.

Entretanto, Obama, em um de seus primeiros atos oficiais, suspendeu uma medida política conhecida como “Regra Global da Mordaza” – ou a “Política da Cidade do México” – restabelecendo auxílio financeiro aos programas internacionais de planejamento familiar. Tal

²³⁶ Para Peter Singer (1998: 147), *conservadores* são aqueles que não admitem a realização do aborto. Chama de *liberais clássicos* aqueles que consideram o aborto admissível.

²³⁷ As feministas tiveram um papel importante na despenalização do aborto nas décadas de 70 e 80 do século XX, tanto nos Estados Unidos como na maioria dos países europeus. O direito da mulher de decidir sobre a continuidade ou não de sua gestação aconteceu primeiramente nos Estados Unidos, no começo dos anos 70. A questão do aborto não era à época diretamente regulada pela Constituição Norte-Americana. No famoso caso Roe x Wade, julgado pela Suprema Corte em 1973, entendeu-se que o direito à privacidade reconhecida por aquele tribunal no julgamento do caso Griswold v. Connecticut, de 1965, envolveria tal direito à mulher (SARMENTO, 2006: 116).

medida proibia que fundos do governo americano fossem conduzidos a clínicas e a equipes de planejamento familiar fora dos EUA que realizavam abortos ou promoviam lobby para sua legalização. A norma foi criada em 1984 e, desde então, foi várias vezes revogada e aprovada pelos presidentes que se seguiram.

Grupos pró-escolha aplaudiram a decisão de Obama, acreditando que o atual presidente compactua com o problema gerado pelos abortos clandestinos. Por outro lado, sofreu críticas dos *conservadores* – inclusive do Vaticano –, os quais argumentam que o dinheiro de impostos pagos pelos americanos *não deveria ser gasto em apoio ao aborto*, levando em conta que este fato abre a porta para um número crescente de abortos pelo mundo.

Um dos pontos nodais no debate sobre o aborto refere-se ao início da vida. Esse fato postula questionamentos sobre o momento exato em que o feto, ou mesmo o embrião²³⁸, poderia ser considerado pessoa humana detentora de direitos²³⁹. Em menor ou maior grau, tal polêmica se estende, como vimos, aos casos de aborto por estupro, por anencefalia e ainda por outras malformações graves²⁴⁰, sem falar na discussão que se origina com o advento das novas tecnologias de reprodução (GROSSI, PORTO & TAMANINI, 2003; TAMANINI, 2003; LUNA, 2007; MACHADO, 2008).

O assunto é amplamente debatido por especialistas de áreas diferenciadas, que não chegam a um consenso sobre qual linha divisória absolutamente nítida confirmaria o momento em que a vida se inicia (SINGER, 1998) – isso porque a discussão no ocidente, via de regra, gira em torno de dois polos dicotômicos e estruturais: de um lado, envolve o ponto de vista metafísico do campo religioso²⁴¹ – que acredita que a vida se inicia na concepção, passando a alma a existir simultaneamente – e, por outro, uma versão laica referente a essa ontologia substancialista²⁴² (LEAL & LEWGOY, 1995: 58).

²³⁸ De acordo com a embriologia, o primeiro produto da fecundação é chamado zigoto unicelular; durante a primeira semana de sua existência, incluindo sua implantação na parede uterina, a entidade não-nascida é chamada de conceptus; o termo embrião refere-se à entidade entre a segunda e a oitava semana; e feto é um termo reservado para a entidade a partir das oito semanas de gestação até seu nascimento (DWYER, 1998).

²³⁹ Diniz (2003: 142) argumenta que “feto e pessoa” são conceitos equivalentes para os que consideram o aborto uma coisa imoral, assim como “vida e potencialidade de vida extra-uterina”.

²⁴⁰ Além da anencefalia, a síndrome de Edward se caracteriza por danos cardíacos complexos, sendo que 99% dos bebês com esse problema falecem até um ano de vida; trissomia do cromossomo 13, que é uma doença que também costuma ter alterações cardíacas e do sistema nervoso central, causando óbitos até o terceiro ano; agenesia renal bilateral, que se configura pela ausência dos dois rins. Meus informantes argumentam que as pacientes que porventura desenvolvam algumas dessas patologias deveriam ser seriamente orientadas a questionar a continuação dessa gestação. Os profissionais ainda citaram a hidrocefalia (acúmulo de líquido na cabeça) e a trissomia do cromossomo 21 referente à síndrome de down (esta última, em muitos casos, compatível com a vida).

²⁴¹ Destaca-se que não necessariamente alguns oponentes ao aborto estejam vinculados a crenças religiosas, como é o caso de alguns bioeticistas laicos (DINIZ & ALMEIDA, 1998: 133).

²⁴² Segundo Ondina Leal e Bernardo Lewgoy (1995: 58), a ontologia substancialista identifica-se com a tradição religiosa cristã, a qual fundamenta o amparo do embrião num discernimento “biológico de presença da pessoa

Para melhor compreensão do tema, resgato brevemente a bibliografia especializada sobre o assunto a partir de diferentes campos disciplinares que demonstram variadas reflexões. Em seguida, confronto a literatura de acordo com as representações dos profissionais envolvidos na pesquisa, tentando, assim, dar significado às informações obtidas no trabalho de campo.

5.1.1 Vida (*dádiva*) e Pessoa Humana : Teologia Feminista

Destarte, aqueles que acreditam que o embrião ou o feto caracteriza-se como uma pessoa humana detentora de direitos veem essa “vida” como uma circulação do dom²⁴³ – dom de Deus (ALDANA, 2003: 23; FRYDMAN, 1997:70) –, tendo como um de seus maiores defensores no contexto brasileiro a Igreja Católica (IC).

Esta Igreja aprimora cientificamente, a cada documento eclesiástico, seu discurso religioso ao utilizar a linguagem biomédica em suas declarações doutrinárias sobre a moralidade (LUNA, 2002: 70-71), apelando para argumentos supostamente científicos para fundamentar sua doutrina (ALDANA, 2005: 236)²⁴⁴.

O médico e Ginecologista René Frydman²⁴⁵ (1997: 71-81) acusa que as religiões buscam reintroduzir o sentido de transcendência para marcar seu posicionamento, transformando em dogma a circunstância de o embrião ou feto ser equiparado a uma pessoa humana e, conseqüentemente, o aborto ser transformado em pecado.

Na Alta Idade Média, a proibição do aborto se aportava na tese de adultério e da fornicção que o aborto dissimulava. As teóricas do campo da Sociologia da Religião Maria José Rosado-Nunes e Regina Jurkewicz (2002: 30), vinculadas ao movimento das Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), salientam que era condenado o aborto a partir do momento em que o feto estava completo, detentor de uma alma. Não existindo, à época, uma definição do momento da animação do feto, havia penitências diferenciadas para o aborto, variando conforme a idade gestacional.

humana”. Há uma pessoa no útero (ou na proveta, levando-se em conta as novas tecnologias de reprodução) que deverá ser protegida desde a concepção.

²⁴³ Naara Luna traz em nota (2007: 80) uma observação interessante sobre a pesquisa de Helena Ragoné (1994). Em sua investigação sobre maternidade substituta comercial (barriga de aluguel), Ragoné informa que as mulheres grávidas substitutas rejeitam pagamento como motivação, pela certeza de que “filho é uma dádiva que não tem preço”.

²⁴⁴ Mirian Aldana (2005: 236) cita um destes documentos da CNBB: “Cientificamente já não restam dúvidas: o feto, no ventre materno, se distingue do corpo da própria mãe. É outro ser, é intocável”.

²⁴⁵ René Frydman, professor e ginecologista dos Hospitais de Paris, é conhecido pelo nascimento de Amandine, primeira bebê-proveta francesa, e pelos seus trabalhos científicos sobre a procriação medicamente assistida e a medicina pré-natal.

Por muito tempo, o debate ficou confinado à Teologia, que ofereceu um panorama dualista em que a humanidade do embrião foi ligada à existência da alma. No século XIII, com Santo Tomás de Aquino, a posição da Igreja passa a considerar a teoria filosófica aristotélica-tomista, nomeada hilemorfismo (ROSADO-NUNES & JURKEWICZ, 2002: 38; TALIB, 2008: 4), que admitia um desenvolvimento progressivo do embrião. Essa visão implicava a concepção da hominização tardia²⁴⁶. Tomás de Aquino sustentava que a animação do feto se dava no curso da gestação. Sua alma seria introduzida somente em fase posterior à concepção, tal qual já sustentava Aristóteles: nos homens, a alma era infundida no quadragésimo dia após a concepção; nas mulheres, no octogésimo dia (FRYDMAN, 1997: 65; LUIZ, 2006: 95; SARMENTO, 2006: 142).

A antropóloga Naara Luna (2007: 218-219), baseada em Schmitt (1998) e em Miungi (1999), observa que a análise de São Tomás de Aquino admite uma abordagem “naturalista” do corpo, em que matéria e espírito são princípios consubstanciais de uma totalidade de “alma encarnada” e corpo animado. Aquino acreditava que o ser gerado era independente dos pais, ou seja, a alma não era transmitida dos pais para os filhos. O embrião era um ser autônomo, com alma e vida próprias, sendo que a alma se unia ao corpo humano apenas em fase mais avançada de seu desenvolvimento.

Com as mudanças ocorridas no âmbito da moral entre os séculos XVI e XVII, o aborto que hoje é conhecido como terapêutico passou a ser aceito como uma maneira de salvar a vida da mulher. Durante os séculos XVII e XIX, a discussão sobre o momento em que ocorre a infusão da alma continua, e ganha força a corrente que defende a existência de uma alma racional desde a concepção. Em 1869, o Papa Pio IX adota explicitamente a teoria da personalização imediata, condenando todo aborto em qualquer estágio da gravidez e determinando a pena da excomunhão à mulher que o praticasse e a quem a auxiliasse (ROSADO-NUNES, 2002: 40; TALIB, 2008: 5).

O pontifício contemporâneo inclina-se oficialmente a esta posição, como também outros movimentos, instituições – a exemplo de algumas religiões evangélicas²⁴⁷, espíritas kardecistas – e frentes parlamentares.

²⁴⁶ *Hominização* seria o momento em que a alma se acomoda no corpo (ROSADO-NUNES, JURKEWICZ, 2002).

²⁴⁷ Dentre as religiões evangélicas no Brasil, a Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), comandada pelo Bispo Edir Macedo, admite o aborto “legal” e por anomalias fetais graves, mesmo reiterando o “valor divino da vida”. Tal postura, segundo relata Maria das Dores Campos Machado (2000: 210), deve-se provavelmente à necessidade de combater competitivamente a hegemonia da Igreja Católica. Ainda, segundo Edlaine Gomes (2007), a Igreja Presbiteriana do Brasil (IPB) e a Igreja Metodista (IM), embora se manifestem contrárias à descriminalização do aborto, consideram legítimo o procedimento para salvar a vida materna (IPB). A IM amplia

Contudo, nesse meio surgem movimentos que questionam a validade universal dos ensinamentos da Igreja Católica, tais como os inúmeros grupos feministas, os quais, de maneira geral, criticam a equiparação do feto com uma pessoa humana residindo nele vida desde sua concepção. Encontram-se, entre esses grupos, pelo menos 16 redes e articulações nacionais e 43 organizações sociais de diferentes regiões do país que fazem parte da *Jornada pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro*²⁴⁸. Esta articulação tem como objetivo impulsionar a revisão da legislação punitiva do aborto no Brasil para que ele seja uma escolha livre da mulher em três casos: até as 12 semanas de gestação a pedido da mulher, até as primeiras vinte semanas em casos de estupro e a qualquer tempo se a vida da mulher estiver em risco.

O argumento utilizado por esses movimentos diz respeito à defesa da vida da própria mulher, de sua plenitude, em detrimento da vida em potencial que está sendo gerada no corpo dela. Para esses grupos, as leis que proíbem o aborto não acabam com ele, mas o levam a ser realizado clandestinamente. Por isso, o aborto seria um problema de saúde pública, justificativa endossada pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão e mais recentemente defendida pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva²⁴⁹.

Além disso, o catolicismo, ao contrário de ser homogêneo, possui uma concepção teológica plural. Nele agrupam-se diferentes correntes teológicas que tanto concordam quanto discordam do parecer hierárquico de diversos Eclesiastas (CAVALCANTE *et al*, 2008: 122). Há correntes nesse quadro que consideram a vida sagrada desde a concepção. Porém, outras correntes – como as Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) acima citadas –, consideram que se deve respeitar a escolha das mulheres no que diz respeito à interrupção ou não de uma gravidez, de acordo com sua consciência. Ou seja, do ponto de vista teológico, nem todos os

as possibilidades, ao também avaliar como legítimo o aborto em casos de estupro e quando se comprova a inviabilidade fetal, a exemplo da IURD.

²⁴⁸ Segundo Lia Zanotta Machado (2008: 16), a criação das Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro – por iniciativa da Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos – foi um dos eventos políticos mais importantes para a constituição de uma comissão indicada pela Presidência da República para rever a legislação do aborto. Com a mesma importância, considera a realização da Conferência Nacional das mulheres realizada em julho de 2004 em Brasília.

²⁴⁹ No dia 15/12/2008, O presidente Lula declarou, na abertura da 11ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos em Brasília, que a discussão sobre o aborto deve ser vista como uma questão de saúde pública. Embora contrário ao aborto, assumiu que não se deve ter medo de discutir o tema. “Se perguntarem para mim, eu sou contra [o aborto], mas quantas madames vão fazer aborto até em outro país, e as pobres morrem na periferia?”. Também esteve presente nesse mesmo evento o presidente da Câmara, deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP). Ele foi vaiado pela plateia, que gritava “aborto não é crime”. As vaias devem-se ao fato de Chinaglia ter criado, em 8/12/2008, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o comércio de substâncias abortivas e a prática de aborto (<http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/vidafeminina>). Movimentos Feministas tentaram barrar a CPI, alegando que não estamos mais vivendo no “período da ditadura” ou “da inquisição”, conforme declarou Dulce Xavier, das Católicas pelo Direito de Decidir (webmaster@catolicasonline.org.br, Ação contra a criminalização das mulheres, e-mail recebido em 16/12/2008).

católicos condenam a prática do aborto: “tanto é assim que mesmo a hierarquia eclesiástica passou a tratar do aborto como matéria condenatória somente na história recente da igreja, a partir de 1869” (idem: 123).

E, ainda pairando dúvidas sobre qual seria o início da vida, o tema, dessa forma, não poderia ser discutido como objeto dogmático (ROSADO-NUNES, 2006; CAVALCANTE *et al.*, 2008).

5.1.2 Personificação da vida: o olhar do Direito

Como o conceito de vida é algo subjetivo (CAVALCANTE, 2008: 123; SEGRE, 2006: 41), vale lembrar que sua personificação também não é consensual no meio jurídico. A ABRAME – Associação Brasileira dos Magistrados Espíritas –, que congrega Desembargadores, Juízes Federais e Estaduais e mesmo Ministros dos Tribunais Superiores, defende o direito à vida como o primeiro dos direitos naturais com base em argumentos consagrados por legislações de todos os povos civilizados (*sic*), conforme destaca o Juiz Federal Zalmino Zimmermann. Este profissional, em entrevista à Revista Sociologia, Ciência e Vida (n. 18, 2008), argumenta, fundamentando-se nos artigos 1. e 2. do Código Civil e no artigo 5. da Constituição, “que a personalidade civil começa com o nascimento, mas os seus direitos estão garantidos desde a concepção, exatamente como proclama o pacto de São José da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, ratificada pelo Brasil em 1992”²⁵⁰.

Segundo o Juiz de Direito e antropólogo Roberto Lorea (2006), outros operadores do Direito no Brasil compactuam com essa versão de Zimmermann – entre eles Bicudo (2006) e Martins (2006) – e, além disso, analisam que mesmo as hipóteses de aborto previstas no Código Penal Brasileiro datadas de 1940 seriam inconstitucionais diante da proteção da vida desde a concepção garantida pelo Pacto de São José²⁵¹. No entanto, Lorea (2006: 174-175) destaca que tais operadores se aprofundam em um erro crasso:

²⁵⁰ Embora Zimmermann fundamente seus argumentos no Código Civil, na Constituição e noutros Pactos como o de São José, este Juiz, como outros operadores do Direito, faz parte de uma associação religiosa (Espírita) num país que ratificou sua laicidade na Constituição de 1988 (artigo 19, Inciso I, cfm. SARMENTO, 2006: 137). Mesmo esta Constituição tendo proclamado a liberdade de religião (art. 5., Inciso VI), “num Estado laico”, como bem nos lembra Daniel Sarmento (2006: 136-138), “a fé é privada”, uma vez que o princípio de laicidade do Estado estabelece aos poderes públicos uma posição de irrestrita “neutralidade em relação às diversas concepções religiosas”. Os profissionais do direito esquecem que essa questão transcende os limites do campo (BOURDIEU, 1998) jurídico e que tal influência espírita talvez implique uma pré-compreensão religiosa particular, de uma associação que acaba por ser “equacionada em conjecturas dogmáticos de fé” (SARMENTO, 2006: 136).

²⁵¹ A convenção americana de direitos humanos é conhecida como Pacto San José de Costa Rica, adotada neste local em 22 de novembro de 1969 e ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992, através do decreto 678, em 06/11/1992 (LOREA, 2006: 172).

Esse equívoco é impressionante, na medida em que foi o Pacto de São José da Costa Rica (1969), na sua origem, que se curvou aos Códigos Penais já vigentes na época, dentre os quais o brasileiro (1940), que já admitiam o direito ao aborto em algumas hipóteses. Portanto, afirmar que o artigo 128 do CPB é inconstitucional porque afronta o artigo 5. da Constituição Federal (1988) ou o 4., inciso I, do Pacto de São José, mais que um equívoco, é um erro grosseiro (LOREA, 2006: 174-175).

Daniel Sarmiento (2006: 114-115), professor e Procurador Regional da República, analisa a questão sob uma perspectiva jurídico-constitucional e complementa que não se negligenciam os valores concernentes à vida do embrião ou o do feto, assim como não se deve ignorar os direitos da mulher. Esclarece-nos que o feto é protegido pela Constituição, mas de maneira diferenciada de uma pessoa humana após seu nascimento:

(...) o entendimento que vem prevalecendo nas decisões dos Tribunais Constitucionais de todo o mundo é o de que a vida do nascituro é protegida pela Constituição, embora não com a mesma intensidade com que se tutela o direito à vida das pessoas humanas já nascidas. E, por razões de ordem biológica, social e moral, tem-se considerado também que o grau de proteção constitucional conferido à vida intra-uterina vai aumentando na medida em que avança o período de gestação (SARMENTO, 2006: 114-115).

O tempo de gestação é, por conseguinte, um fator de importância extrema para medir o nível de proteção constitucional conferido à vida intra-útero sob o ponto de vista do autor. Sarmiento (2006: 142) exemplifica esse fato comparando a pena atribuída à gestante pela prática do aborto, que gira em torno de 1 a 3 anos de detenção (cfm. art. 124 do Código Penal), com a sanção presumida para o crime de homicídio simples, que se fixa entre 6 e 20 anos de reclusão (art. 121 CPB). Vê-se que esta última é muito maior do que a pena para o “crime” (*sic!*) pré-natal. Ainda, refere-se ao aborto espontâneo como menos doloroso para a família se comparado à perda de um filho já nascido. Segundo ele, existe no ocidente um sentimento geral de que a vida tem muito mais valor após o nascimento, sendo esta fundamentada cientificamente quando se verifica “pelo menos até a formação do córtex cerebral que não há nenhuma dúvida sobre a absoluta impossibilidade de que o feto apresente capacidade mínima para a racionalidade. Antes disso, o nascituro não é capaz de qualquer tipo

de sentimento ou pensamento” (ibidem: 143). Neste sentido, a ciência admite que o embrião ou o feto possua vida, contudo ainda não é considerado pessoa humana tal qual após seu nascimento.

Nessa mesma linha de argumentação, a advogada Samantha Buglione (2007) afirma que “salvaguardar os direitos do nascituro não significa conferir-lhe capacidade processual, tampouco elevá-lo à condição de pessoa”. Segundo a autora, o papel da lei é garantir que os progenitores sejam capazes de defender possíveis direitos do feto, lembrando que é a mulher, o homem ou o casal quem possui o direito e não o nascituro. Neste sentido, o feto possui apenas a expectativa do direito:

O Código Civil não trata de um ‘direito à vida’, tampouco define que o feto tem personalidade jurídica; ele se refere apenas à proteção de direitos que estão condicionados ao nascimento com vida. Isso é completamente diferente do reconhecimento de uma personalidade apenas pelo critério da existência da potencialidade de nascer. O ponto é que não há consenso na doutrina jurídica sobre o início da vida, tampouco há norma jurídica que traga essa definição. O direito não informa o que é a vida, apenas define o que é a morte: morte é a morte encefálica, conforme a Lei 9.434/97 (Lei de Transplantes).

Sarmiento (2006: 145) chama atenção para o fato de que, para o Direito, falar em “vida humana” não é a mesma coisa que falar em “pessoa humana”. Ressalta que, indiscutivelmente, o embrião é humano, mas, embora habite o corpo da mulher, ele não deixa de ser um ser independente dotado de código genético único – exceto em ocorrências de gêmeos homozigotos –, contendo os fundamentos para seu desenvolvimento biológico e tratando-se, assim, de uma vida humana. Argumenta, porém, que o feto não é uma pessoa nesse estágio, mas uma “pessoa *in fieri*, potencial” – conforme confere Buglione. É protegido pela Constituição por se tratar de uma vida humana, contudo em grau diferenciado de como se protege alguém depois do seu nascimento.

Tendo ou não vida e tratando-se de pessoa humana ou apenas de “pessoa” com expectativas de direitos, não há consenso, tampouco definições, nestas disciplinas, sobre o início da vida.

5.1.3 Perspectivas da Biomedicina e da Bioética

Numa perspectiva biomédica, Marco Segre (2006: 51) admite que ninguém pode determinar que a vida começa simplesmente no encontro de gametas, e não antes, ou logo após, como, por arquétipo, quando se inicia a pulsação do coração fetal, ou quando o tecido encefálico já permite ao feto sentir dor: “não se pode precisar o instante do início da vida sendo ela um processo progressivo, que não surge ou se extingue de uma só vez. Quando se apela à ciência para demarcar o início da vida, o que se faz é uma utilização ‘religiosa’ da observação científica, que apenas pode indicar o momento da ‘mistura de DNAs’”.

Como observa Frydman (1997: 64), um dos pioneiros a desenvolver técnicas de reprodução assistida na França, *“la vie peut éventuellement se définir en termes physico-chimiques; mais sommes-nous capables de dire quand elle commence? ... Le scientifique peut déterminer les caractéristiques propres aux êtres vivants sans pour autant avoir circonscrit la notion de vie”*²⁵².

A crítica do filósofo e bioeticista Peter Singer (1998) aplica-se justamente neste ponto: não saber delimitar ou mesmo circunscrever uma linha divisória moralmente significativa entre um embrião e um recém-nascido. Singer pontua que a força da oposição conservadora – a exemplo dos movimentos Pró-vida – contra os liberais – como as feministas e outros movimentos a favor do aborto reconhecidos como Pró-escolha – está na dificuldade destes últimos em demonstrar onde se situa tal linha divisória.

Segundo o autor (ibidem: 178), essa clássica postura admite “afirmar que é permissível matar um feto ou um embrião, mas não um bebê”. Neste sentido, observa que não se deve atribuir maior valor à vida de um feto do que aquele atribuído à vida de um animal. Sob seu ponto de vista, o feto não possui o mesmo direito à vida que uma pessoa já nascida, representando ser apenas um ser humano em potencial, assim como observam Sarmiento e Buglione. E, nesse aspecto, admite que os mesmos argumentos direcionados ao feto sirvam também ao recém-nascido naquilo que entendemos por infanticídio²⁵³. Diz o autor:

²⁵² “A vida pode eventualmente se definir em termos psicoquímicos, mas seríamos nós capazes de dizer quando ela começa?... O cientista pode determinar as características próprias aos seres humanos sem, no entanto, circunscrever a noção de vida” (tradução livre).

²⁵³ O infanticídio perpassa várias épocas de nossa história – como o eufemístico “sufocamento” de crianças no século XVIII, hoje conhecido por “morte súbita” (HARDY, 2001) –, bem como aparece integrado em outras sociedades e culturas – a exemplo dos rituais Kayamurá, do Alto Xingu, que enterram a criança viva junto à mãe se esta morre no parto (LARAIA, 1998). Tema tabu em nossa cultura, o infanticídio foi visto por alguns autores como uma estratégia feminina de controle de natalidade, situação estudada por Joana Maria Pedro (1999) em Desterro no início do século XX. Ver ainda Philippe Ariès (1978).

Um bebê de uma semana não é um ser racional e consciente de si, e existem muitos animais cuja racionalidade, autoconsciência, consciência, capacidade de sentir, etc., são muito mais desenvolvidas do que os mesmos atributos tal como os encontramos em um bebê de uma semana ou um mês de idade. Se o feto não tem o mesmo direito à vida que uma pessoa, resulta que o bebê recém-nascido também não o tem e que a vida de um bebê recém-nascido tem menos valor para ele do que a vida de um porco, de um cão ou de um chimpanzé para esse animal. Assim, enquanto minha posição sobre o status da vida fetal pode ser aceitável para muitos, as implicações dessa posição quanto ao status da vida recém-nascida estão em desacordo com o pressuposto virtualmente incontestado de que a vida de um bebê recém-nascido é tão sacrossanta quanto a de um adulto. Na verdade, algumas pessoas parecem pensar que a vida de um bebê é mais preciosa do que a de um adulto (ibidem: 181).

Singer lembra que a proteção absoluta que se dá à vida dos bebês é uma atitude especificamente cristã, sugerindo que a análise sobre tal dilema deva ser realizada a partir de um valor ético universal. Acredita que um aborto põe fim a uma existência que não tem valor intrínseco algum e que o feto tanto quanto o recém-nascido estão, desse modo, em pé de igualdade.

Nesse emaranhado de perspectivas, é interessante avaliar a tese não somente fora dos parâmetros cristãos, conforme sugere Singer, como também fora dos parâmetros ocidentais.

5.2 A relativização da categoria *Pessoa* na Antropologia: início da vida e humanização ameríndia

Assunto clássico na Antropologia desde as brilhantes aspirações de Marcel Mauss (2003 [1938]), a noção de pessoa é algo que se caracteriza de maneira particular e histórica dentro de cada sociedade ou grupo social (DUMONT, 1985). E o tema, conforme observado, diverge na perspectiva ocidental a partir das diferentes disciplinas, instituições e movimentos.

Pioneiro nesse debate antropológico, Mauss demonstrou, a partir do ensaio *Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a de “eu”*²⁵⁴, a diversidade que o conceito assumiu na vida em sociedade. Embasado inteiramente no direito e na moral²⁵⁵ – religiões, costumes, estruturas sociais –, Mauss discutiu, a partir de diferentes configurações,

²⁵⁴ Marcio Goldman (1996: 87) afirma que, antes deste ensaio, Mauss já havia abordado o tema dez anos antes na discussão do livro de Lévy-Bruhl *A Alma Primitiva*.

²⁵⁵ Mauss observara que era “medíocre conhecedor” de linguística e de psicologia e que não se atreveria a analisar tal categoria à luz destas disciplinas (2003: 371)

a transformação sofrida por tal categoria até que chegasse, conforme sugere, a uma completa revolução “das mentalidades” (MAUSS, 2003: 396 [1938]).

Com o argumento de dar “uma primeira forma à argila” embora lamentando-se por estar longe de concluir a escultura, Mauss empreendeu, a partir de análise etnográfica – diga-se de gabinete, no melhor estilo durkheimiano –, um passeio por uma “espécie de museu de fatos” (ibidem: 370-371): dos personagens ditos “primitivos” à *persona* latina, moral, filosófica, cristã, psicológica do “eu”, até chegar ao que considerou a “forma moderna de pessoa”; “de uma simples mascarada à máscara; de um personagem a uma pessoa, a um nome, a um indivíduo; deste a um ser com valor metafísico e moral; de uma consciência moral a um ser sagrado; deste a uma forma fundamental do pensamento da ação; foi assim que o percurso se realizou” (ibidem: 397 [1938]).

Mesmo que “um aspecto evolutivo” transcorra neste ensaio – como sugere o antropólogo Marcio Goldman (1996: 88) –, percebe-se o quanto Mauss, numa importantíssima contribuição antropológica, relativiza “as noções de pessoa enquanto categorias de pensamento nativas – explícitas ou implícitas –, enquanto, portanto, construções culturalmente variáveis” (SEEGER, DAMATTA, VIVEIROS DE CASTRO, 1979: 14)²⁵⁶.

As pesquisas subsequentes aprofundaram-se na tradição do pensamento *maussiano* ao tentar explorar mais profundamente o esboço de sua escultura retomada diretamente por Louis Dumont (1979)²⁵⁷, tendo como meta inicial a desconstrução da suposta universalidade do “indivíduo”. Dumont desdobrou a teoria de Mauss voltando-se para o individualismo como um sistema de representações dominante nas sociedades modernas num contraste com as tradicionais e hierárquicas, a exemplo da sociedade hindu. Para ele, prevalece no ocidente uma sucessiva fragmentação do todo social em domínios crescentemente independentes; e, dessa forma, é central no pensamento de Dumont a oposição entre sociedades que definiu como holístico-hierárquicas e individualístico-igualitárias, quando consideradas em seu nível ideológico.

Pesquisas sobre a noção de pessoa desenvolveram-se especialmente em relação às sociedades africanas (HÉRITIÈR, 1983)²⁵⁸, sendo que no Brasil direcionaram-se

²⁵⁶ Além disso, Mauss possuía uma sensibilidade na diferenciação sobre a construção da pessoa no que diz respeito às relações de gênero entre homens e mulheres, a exemplo da reencarnação entre os pueblos e da nomeação entre os kwakiutl – também entre os Bellacoola e Heitsuk – do noroeste americano.

²⁵⁷ E por outros autores que salientaram antropológicamente a versatilidade cultural dos conceitos de pessoa e de *self*, tais como Bastide (1981), Geertz (1989), Griaule (1970) e Leenhardt (1997).

²⁵⁸ A pesquisa empreendida por Françoise Héritier (1983) dá destaque aos Samo, população do norte-oeste de Alto-Volta, África. A etnóloga aponta que a criança Samo, ao nascer, não existe como ser humano completo. É necessária a justaposição de certo número de componentes (nove), cuja associação fará a unidade da pessoa Samo. Mas a sua completa existência somente será reconhecida socialmente quando receber um nome. Observa,

primeiramente aos cultos afro-brasileiros (GOLDMAN, 1996). Somente mais tarde, sustentou-se a necessidade de ser aplicada a outras culturas, tais como aos indígenas sul-americanos, conforme chamam a atenção Seeger, DaMatta e Viveiros de Castro (1979).

Ainda nas sociedades contemporâneas ocidentais, Sonia Maluf (2007) discute o tema a partir da cosmologia e da concepção de pessoa nas culturas terapêuticas e espirituais alternativas no Brasil. A antropóloga empreendeu estudo etnográfico em Porto Alegre com terapeutas, pacientes e sujeitos que transitam no universo das novas culturas terapêuticas e espirituais, denominadas de culturas da Nova Era.

No que diz respeito à concepção de indivíduo, vemos alguns exemplos de investigações etnológicas que desvendam representações diferenciadas dos parâmetros biologizantes e de outras posições polêmicas que são sistematizadas nas sociedades ocidentais, nas quais se produz a condição de pessoa de maneira relacional, socializada e não somente genética (GOW, 1997; DAMATTA, 1976). Ou seja, a construção do corpo – que passa por uma troca de substâncias, sendo compreendido como o conjunto de afetos, carismas e capacidades – é, por conseguinte, arquitetado a partir de processos relacionais (SEEGER, DAMATTA & VIVEIROS DE CASTRO, 1979: 13).

O etnólogo Viveiros de Castro (1986: 22), ao descrever a noção de pessoa no grupo ameríndio Araweté, observa que, para esse grupo, “mais que um ser a pessoa é um devir”. Assim ele relata que produzir uma criança, para os Araweté, é um trabalho demorado que demanda frequentes relações sexuais e grande gasto de esperma, de maneira a aquecer o feto e a formar lentamente seu corpo²⁵⁹. A concepção humana para este grupo não se dá no ato sexual original como em nossa cultura. Para os Araweté, a criança é constituída por mais de um progenitor através de relações sexuais contínuas durante o processo de gestação²⁶⁰. Mesmo após seu nascimento, as crianças ainda estarão aquém da condição humana. Serão consideradas “prontas” somente no momento em que adquirem consciência: ao ficar com o pescoço duro, quando sorriem e, em seguida, quando começam a caminhar. Nesse estágio, já podem receber determinados alimentos – carne, mandioca, milho e frutas –, ganham nomes e

a partir de seus rituais, o sensível contato entre dois mundos que marcam suas relações de gênero: o mundo socializado sobre as bases agnáticas da masculinidade e o mundo anômico em aparência, em contraste com o anterior, da feminilidade.

²⁵⁹ Todos os artefatos possíveis da pessoa estão contidos no sêmen paterno. Segundo Viveiros de Castro (1986:437), “o genitor é concebido pelos Araweté como o que ‘faz’ ou ‘dá’ a criança. A mãe é receptáculo ou continente desta substância seminal, onde se processa sua transformação em criança”.

²⁶⁰ Viveiros de Castro (422-437) relembra que as relações de amizade apihi-pihã colocam uma jovem esposa em relação sexual regular com dois homens. “É considerado positivo, para a saúde de um bebê, que ele tenha sido formado por mais de um genitor: o número ideal parece ser de dois ou no máximo três; mais que isso acarreta partos dolorosos, ou o bebê nasce com a pele manchada”.

são pintadas de urucum. É neste período que são consideradas humanas. Mas, ainda por algum tempo, a pessoa da criança não estará completamente consolidada, tanto que, se uma criança morre antes de manifestar consciência, não se socializando ao estilo das representações Araweté, seus pais lamentarão muito pouco (VIVEIROS DE CASTRO, 1986: 437-438).

Também entre os Wari' (Pakaa Nova), grupo que vive às margens do rio Mamoré, na fronteira entre Brasil e Bolívia, o estatuto de pessoa não é obtido de uma só vez. Ele é arquitetado e rearquitetado ao longo da vida por meio de relações sociais, sendo que a construção social do corpo não termina com o nascimento. Aparecida Vilaça (2000: 60), etnóloga que trabalha há mais de vinte anos com os Wari', explica que a formação do feto é constituída por uma mistura de sêmen e sangue menstrual durante diversas relações sexuais em um curto espaço de tempo. Após o nascimento, o corpo da criança vai sendo constantemente fabricado através da alimentação e da troca de fluidos corporais com seus pais, irmãos e parentes próximos. Segundo Vilaça, é isso que faz um sujeito Wari ser humanizado neste grupo: a incorporação, no corpo, de substâncias trocadas com outros corpos Wari. Para esse grupo, somente os humanos — incluindo os Wari', diversos animais e os seus inimigos — são donos de uma alma que denominam de *jam*. Durante o tempo em que o corpo diferencia as espécies, a alma as iguala como humanas. As crianças Wari recebem nome pessoal só após um período de seis semanas de vida, quando são percebidas num processo de se tornar pessoas, sendo socializadas constantemente em suas relações sociais (VILAÇA, 2000: 61).

Tal qual para os Araweté e para os Wari', a condição de pessoa ou de humanização entre os Galibi-Marworno – população amazônica que vive no Amapá – não é uma categoria dada antecipadamente. Conforme observa a antropóloga Camila Codonho (2007), caso a gestação venha a termo antes dos três meses de gravidez, esse fato não significará a morte do feto para o grupo devido à sua “inexistência”. Codonho argumenta que as opiniões sobre o momento em que se inicia a vida se dividem entre duas outras concepções: a primeira afirma que a criança passa a ter alma somente na ocasião de seu nascimento, e a mais difundida discorre que a alma passa a fazer parte da criança – ou do feto – a partir do quarto mês de gestação. Segundo Codonho (2007: 45-46),

(...) a alma entra na criança a partir do quarto mês, quando se forma o olho, por onde começa a entrar o espírito, que vem dos pais e é “a força que faz nascer”. O espírito cresce junto com o corpo e nesta fase da vida é tido como bondoso e mais

forte do que dos adultos... Talvez devido a esta explicação, os abortos ocorram entre esta população até os 4 meses de gestação, pela ingestão de remédios caseiros ou de farmácia.

Sendo a condição de ser humano inexistente nesse período, não há mal algum na ingestão de remédios farmacológicos ou caseiros para provocar a interrupção da gravidez, que se dá, por exemplo, em casos de uma mulher estar gerando um ser que é “filho de bicho”²⁶¹. Esta é uma das possíveis situações para se realizar o aborto, dentre outras contidas na cosmologia ameríndia, uma vez que tais “crianças” estão predispostas a nascerem com problemas congênitos ou a serem mais sensíveis a certos alimentos, o que as caracteriza como potenciais xamãs (CODONHO, 2007: 46)

Outros grupos sul-americanos ainda carregam distintas compreensões sobre a perspectiva da humanização e, conseqüentemente, do estatuto da pessoa, que muito diverge, em termos comparativos, da constituição da pessoa no ocidente, inclusive em seus arranjos de gênero.

Para os Shipibo-Conibo, povo que vive na bacia do Ucayali, situada no Peru, como atestam as pesquisas de Françoise Morin e Bernard D’Anglure (2007) as marcações corporais masculinas e femininas realçam efetivamente a construção relacional da pessoa nesse grupo. Valoriza-se muito o nascimento de meninas, e as mulheres têm um papel importantíssimo na construção da pessoa – notadamente nos ritos de passagem –, cabendo aos homens papéis mais discretos (MORIN & D’ANGLURE, 2007: 195)²⁶². Como em alguns grupos citados, as crianças Shipibo-Conibo ainda terão de alcançar os 3 meses de idade para começarem a receber os apetrechos para marca da deformação craniana numa atitude de diferenciá-los de seus escravos e vizinhos. Também o septo nasal é perfurado, lembrando que estas marcas são muito valorizadas no grupo. É celebrada uma festa no quarto mês de nascimento da criança, momento em que pai e mãe saem da couvade²⁶³. Nesse momento, os bebês Shipibo-Conibo

²⁶¹ Os “bichos” que engravidam mulheres se restringem a três tipos: *ghāpapa kaimā*, *lagartoi*, *kadeikaru* (embora haja outros, que são espíritos auxiliares do pajé, porém, neste caso, não engravidam mulheres). São seres sobrenaturais que concebem seus filhos quando encontram uma mulher em período menstrual em um ambiente mais afastado, normalmente no mato, próximo ou dentro do rio. Habitualmente, é o pajé que identifica esta condição (CODONHO, 2008).

²⁶² São as mulheres que escolhem e dão à criança seu primeiro nome, realizam o primeiro corte de cabelo antes da excisão das meninas (mutilação do clitóris, muito criticada pelos adeptos dos Direitos Humanos e discutida entre os antropólogos) e se ocupam dos rituais em torno da virgindade e da morte. Aos homens cabem proibições no que diz respeito aos dois pais do recém-nascido que se estendem desde o início da gravidez até pouco depois do nascimento, a exemplo da couvade (MORIN & SALADIN D’ANGLURE, 2007: 194,195).

²⁶³ A couvade é o resguardo pós-parto realizado pelo pai entre algumas etnias indígenas, a exemplo dos grupos Tupi, que possuem uma regra de descendência patrilinear, vinculada à transmissão do parentesco somente pelo lado paterno e à admissão de que o homem é o principal responsável pela procriação (LARAIA, 1997).

começam efetivamente a fazer parte da comunidade e são apresentados à grande família, em que um ascendente lhe dará um nome correspondente à sua linhagem.

Como se percebe, o estatuto sobre a construção da pessoa e a discussão relativa ao início da vida e da humanidade do feto diferem substancialmente em todos os campos aqui analisados.

Resguardadas suas diferenças, os grupos ameríndios expõem representações caracterizadas não por parâmetros biológicos mas de maneira socializada e relacional, de modo que a construção da pessoa do feto se dará paulatinamente, inclusive com distintas representações de gênero. Dessa forma, tal condição de pessoa – ou de humanização do feto – não é uma categoria dada de antemão. Diferentemente das culturais ocidentais, não significa que, a partir do nascimento, a criança exista como um ser humano único e inteiro ou que o feto seja considerado pessoa humana desde a concepção. Somente após algum tempo de vida, quando adquirem consciência, trocam fluidos, recebem nomes, têm marcações corporais, dentre outros apetrechos materiais ou espirituais, é que esses seres serão considerados humanos. E, mesmo passando por diversos processos rituais, talvez o estatuto de pessoa da criança não esteja inteiramente estabelecido, uma vez que sua identidade se completará de acordo com a classificação temporal e social de cada grupo.

Em contraste, existe, nas sociedades ocidentais – salvo exceções –, um imediatismo referente à concretude na constituição do feto como pessoa humana detentora de direitos. A complexidade em torno do significado da construção da pessoa fetal é investida de acentuada individualidade e da incorporação da alma concomitantemente à concepção, postura eletiva principalmente por religiosos – católicos mas também evangélicos e espíritas, conforme comentado – que ratificam atitudes consideradas pelos grupos pró-escolha e por grupos feministas como moralistas ao posicionarem-se contra o que chamam de direitos humanos e das mulheres.

Uma vez que a constituição da pessoa entre os ameríndios é alicerçada numa perspectiva de justaposição/aglutinação de diversos e diferentes componentes materiais e simbólicos, é inexistente o que se chama no ocidente de uma “sacralização divina” dos fetos ou sua humanização antes dos três ou quatro meses de gravidez – ou mesmo após algumas semanas de seu nascimento –, caracterizando-se como algo que não faz parte da exegese dos grupos analisados. Tal perspectiva temporal coincide com alguns países ocidentais que liberaram o aborto até as 12 semanas de gestação, como EUA, França e Alemanha.

Contudo, a construção das “pessoas embriões” ou das “pessoas-fetos” (MACHADO, 2008: 22) no Brasil ecoa, como vimos, numa “sacralização divina”; e mesmo os “filhos de

bicho” – leia-se fetos gerados a partir de violações ou com problemas congênitos numa comparação as representações dos Galibi-Marworno (CODONHO, 2007) – não devem ser abortados – segundo o pensamento conservador – numa atitude inversa e de contraste às culturas ameríndias.

Mas não somente a “sacralidade” reiterada das pessoas-fetos seria algo inaceitável para os adeptos de uma ontologia substancialista (LEAL & LEWGOY, 1995: 58). Sob um aspecto crítico-feminista, a antropóloga Lia Zanotta Machado afirma que a “transgressão frente ao princípio de que a criação da vida é uma procriação dual derivada de um intercurso sexual, onde a mulher é tornada mãe no mesmo momento da criação do conceito” (MACHADO, 2008: 22). Machado compara a mulher-mãe com a Anunciação da Virgem Maria, uma vez que a mulher deve aceitar a criação da vida como exterior à sua vontade:

Caberia assim à mulher obedecer à lei do intercurso sexual que sustenta o mito ocidental da criação na sua versão moderna secular. Tendo tido o intercurso sexual com efeitos reprodutivos, não haveria como fugir da responsabilidade do que aí já se tornou (foi feita) mãe: abortar por decisão da mulher seria transgredir a crença da criação ocidental que é a de que a vida se origina da lei natural e biológica do intercurso sexual entre um homem e uma mulher. Com exceção da Virgem grávida sem a interveniência de um homem, pois a interveniência é divina, a criação de um novo ser individual somente pode ser dual. E é ele o intercurso sexual que faz nascer o filho. Mas não só dá origem ao filho. Dá origem à mãe pois faz da mulher, mãe (ibidem: 23).

Nessa delicada teia de significados (GEERTZ, 1978), a autora argumenta que não é a vontade da mulher que a faz mãe. Ela é produzida concomitantemente e no mesmo ato sexual que configura a reprodução biológica e/ou divina, uma vez que a “lei natural” é aceita como “lei divina”, o que reproduz uma forte “assinação diferencial de gênero”:

Os defensores dos valores conservadores, não só investiram contra a insubordinação das mulheres em se tornarem obrigatoriamente mães, como argumentaram a favor do conceito, como se a humanidade não dependesse da inserção em relacionamentos sociais. Como se o programa genético, por ser índice evocativo de um ser que poderá ser vivente, mas ainda não é, fosse equivalente absoluto do filho nascido e socialmente situado (MACHADO, 2008: 23).

Machado questiona por que as mulheres perderiam o direito à vida – mediante os abortos clandestinos – em face de expectativas de direitos dos fetos. Observa que, para terem

viabilidade, passaram por um processo “mágico encantatório” envolvendo “a pessoa-embrião-DNA” numa perspectiva que desvendou *segredos* e os tornou indivíduos/pessoas independentes dos corpos das mulheres graças aos saberes jurídicos e científicos invocados pelo discurso religioso.

Como veremos, as respostas dos diversos segmentos sociais sobre malformações fetais constituem também objeto de grande polêmica, principalmente com o avanço das tecnologias médicas para diagnósticos fetais.

5.3 Malformações fetais, tecnologias e o impacto na revelação dos “segredos” do feto

Com o avanço da medicina fetal e genética, os exames para avaliação da gravidez e do feto tornaram-se cada vez mais difundidos²⁶⁴. E, entre as formas mais rotineiras dentre essas tecnologias, está a ultrassonografia²⁶⁵, utilizada para detectar problemas no tubo neural e anomalias cromossômicas nos fetos durante o segundo semestre da gravidez (RAPP, 1999). Esta tecnologia permite verificar que se está diante de uma circunstância que admite um diagnóstico com grande margem de segurança no que concerne à inviabilidade de sobrevivência após o nascimento²⁶⁶.

Mas, inicialmente, as técnicas de ultrassom não foram recebidas sem suspeitas. Lílian Chazan – que investigou a construção social do feto como pessoa mediada pela tecnologia de imagem – observa que, antes que o uso de ultrassom estivesse difundido no início dos anos 70, foram levantados questionamentos por alguns países, a exemplo dos EUA e da Inglaterra, acerca de perigos para a mãe e para o feto. Segundo a autora,

(...) diversos experimentos sustentaram a evidência de retardo no crescimento e anormalidades fetais em camundongos após exposição ao ultra-som. Estes resultados forneceram subsídios para que houvesse mais cautela nos anos 80. Contudo, como os medos iniciais não foram consubstanciados por evidências e, por outro lado, foram produzidos na Inglaterra dois estudos com grupos de mulheres, que não evidenciaram danos – freqüentemente citados como prova da segurança do ultra-som – ficou

²⁶⁴ A introdução das técnicas de diagnóstico pré-natal no Brasil ocorreu a partir do final da década de 1970.

²⁶⁵ A ultrassonografia (ou ultrassom) é uma tecnologia que detém um caráter interativo, na medida em que o profissional que realiza o exame ao mesmo tempo focaliza as imagens, decodifica-as e busca outras incidências à medida que prossegue em sua realização. No Brasil, o exame é sempre executado por médicos. Nos Estados Unidos e Canadá, existem técnicos – em geral mulheres – treinados para esta função, e os médicos só intervêm em casos de existência de anomalia fetal (CHAZAN, 2005).

²⁶⁶ Nos casos de anencefalia, em 75% dos casos são natimortos, e os outros 25% sobrevivem por poucas horas ou, no máximo, poucos dias. Apesar dos avanços tecnológicos aplicados à medicina, até o momento não há qualquer tratamento para este tipo de anomalia (DINIZ, 2004).

tacitamente concluído que era uma tecnologia segura (CHAZAN, 2000: 69).

Chazan explica que tal discussão acerca dos possíveis efeitos insalubres do ultrassom foi finalizada na Inglaterra sem que houvesse evidências procedentes. Mesmo assim, “o ultrassom passou a ser usado, a partir de fins da década de 80, nos EUA, como exame de rotina na gestação, tornando-se um dispositivo essencial na medicalização da gravidez e também do feto” (CHAZAN, 2000: 70).

Na prática obstétrica, a ecografia deu início à possibilidade de aceder visualmente ao corpo do feto. De uma forma cada vez mais precisa e detalhada, por via do aperfeiçoamento dos instrumentos envolvidos e de uma melhoria da capacidade interpretativa de imagens que, para um observador comum, “não passariam de um plano com diferentes tonalidades de cinzento”, a observação do corpo do feto foi multiplicada e intensificada (GONÇALVES, 2002: 38).

O uso desse tipo de tecnologia desdobrou-se em diferentes aplicações, como a monitoração crescente da gestação e do feto, ampliação do número de atores e atrizes sociais envolvidos/as na gestação pelo maior envolvimento do genitor na gravidez, maior envolvimento da família, dos profissionais de saúde e do próprio feto (CHAZAN, 2000); além de diagnósticos de anomalias que podem levar à decisão de interromper a gravidez, assim como a instrumentalização dos grupos antiaborto (RAPP, 1997; SALÉM, 1997).

Já na década de 80, Tânia Salém (1989) refletia sobre como o feto fazia parte das novas concepções de “pessoa” no ocidente. Uma década mais tarde (1997), argumentava como a amniocentese²⁶⁷, a ultrassonografia e a cirurgia fetal instigavam, a rigor, a percepção médica a respeito do feto como se ele fosse um “segundo paciente”, passando primeiramente pela monitoração e finalmente pela perspectiva terapêutica.

Segundo detalha a cientista social Maria da Conceição Gonçalves (2002: 38), as tecnologias de imagem contribuíram para consolidar “a constituição de uma medicina dirigida ao feto”. As práticas e os discursos de diagnóstico pré-natal tornaram-se terreno de uma “reconstrução do feto como um objeto clínico quase autônomo do corpo materno” e “representação legítima” da “criança que está por nascer”.

²⁶⁷ A amniocentese consiste num exame pré-natal que coleta uma pequena quantidade (20ml) de líquido amniótico para análise. Utiliza-se com muita frequência no segundo trimestre da gestação (geralmente entre a 15ª e a 18ª semana) para diagnosticar ou descartar a presença de alguns defeitos congênitos, cromossômicos e genéticos. Ainda é utilizada para identificar a presença de anemia em bebês quando existe a incompatibilidade de Rh, e para verificar se os pulmões do feto já estão suficientemente maduros para o parto (<http://www.ultrasom3d.net>).

Gradativamente, esse processo parece ter deixado a mulher/mãe na invisibilidade, passando a ser personagem coadjuvante na gestação a partir da imagem tecnológica da medicina. Segundo Chazan (2000: 6),

A atenção dada especificamente ao feto – que vai passando a ser visto praticamente como um ser destacado da mulher que o traz no útero –, fortemente apoiada na tecnologia de imagem, tem conseqüências de várias ordens, entre as quais destacaria, como exemplo, o surgimento da ‘medicina fetal’ como uma nova especialidade médica e os ‘direitos fetais’, que em alguns estados dos Estados Unidos já são objeto de legislação própria. As novas leis – e alguns projetos de lei – invertem a hierarquia mãe-feto, colocando o feto em posição hierarquicamente superior àquela, do ponto de vista legal. (HERIOT, 1996: 182). O feto é autonomizado e é-lhe atribuída uma existência ‘separada’ do corpo materno.

E, nessa inversão hierárquica, a subjetivação em torno da tecnologia personifica o feto a partir das representações dos sujeitos envolvidos (RAPP, 1997). Chazan argumenta, a partir de seu estudo, que a determinação do sexo fetal é o momento chave na transformação social do feto em *pessoa*. Nesse instante, o feto passa a ter nome, e se constrói, a partir daí, seu gênero fetal de acordo com as noções ocidentais do senso comum: menino ou menina. As observações antropológicas evidenciam, segundo a autora, “que a construção do feto como pessoa é informada e configurada pelos códigos culturais vigentes em conjunto com os meios tecnológicos disponíveis, em uma relação dialética, não sendo possível dissociar os dois termos deste binômio” (CHAZAN, 2000).

O impacto social e o significado cultural do diagnóstico ultrassonográfico permitiram refletir sobre aspectos inerentes a esse debate e interligados nele. Ao mesmo tempo em que o feto adquire subjetivamente “o estatuto de pessoa” – somado à imagem em movimento que “prova” a existência viva do feto, ou seja, a imagem do vídeo provaria que o feto tem “vida” (CHAZAN, 2000) –, um diagnóstico de anomalia fetal não é o que almeja a mulher ou o casal que anseia pelo filho “perfeito”.

As tecnologias de imagem se tornaram “imprescindíveis” na contemporaneidade – utilizada em larga escala não somente na medicina pré-natal como em várias outras especialidades – e acabaram por estabelecer visibilidade entre o que pode ser considerado “normal” e “anormal”, conforme se classifica nas sociedades ocidentais. Tal circunstância foge do eixo ambicionado principalmente pela mulher ou pelo casal que se consideraria fora de um grupo de “risco”, isto é, casos de anomalias fetais que não existissem na história genética da família ou os antecedentes obstétricos da mulher grávida como idade, hábitos de

vida, que serviriam para categorizar, digamos assim, qualquer risco mais premente a uma anomalia fetal.

A crença na prevenção precoce tem importância fundamental na regulamentação social das “sociedades complexas”. De acordo com Gonçalves (2002: 48-49), o impacto resultante de uma anomalia traz “como efeito colateral ou perverso o medo do feto monstruoso e, sobretudo, das pequenas anomalias”. A autora argumenta que a própria eloquência profissional que divulgou e tornou populares os testes de imagem – como forma de suavizar os temores da mulher ou do casal acerca da “normalidade” do feto – num segundo transformaram tais resultados em “efeitos paradoxais dos rastreios, a indução de mais dúvidas e intranquilidade gerada pela realização dos testes”.

Em pesquisa realizada sobre os aspectos psicológicos do casal relativos à malformação do feto, Mónica Antunes e Carla Patrocínio (2007: 243) argumentam que

Tanto a medicina fetal como o diagnóstico pré-natal, antecipam o momento do auge das angústias maternas. Hoje em dia, é durante o período da gravidez, que os pais sabem o resultado de exames que, por um lado os pode tranquilizar, mas que no sentido inverso também os pode inquietar... apesar da gravidez ter sempre constituído um período sensível à criação de fantasias angustiantes, relativos à integridade do feto, é nos momentos em que espera pelo resultado dos exames, que se denota um pico na ansiedade parental.

E, nesse momento, múltiplos itinerários terapêuticos (LANGDON, 1994; JANZEN, 1987) se realizam na esperança de que esse primeiro resultado não se repita em outros diagnósticos. Segundo relataram quatro dos cinco médicos ginecologistas por mim entrevistados no hospital/maternidade em Santa Catarina, essa é a primeira atitude tomada pela mulher ou pelo casal, os quais consultam diferentes especialistas, incluindo os “alternativos” e os “religiosos”.

Antunes e Patrocínio (2007: 243) acrescentam que o impacto de um feto malformado ou deficiente torna-se “angustiante” e “desestruturante” de tal forma que poderia atentar um “desinvestimento rápido” logo vindo a opção pela “interrupção da gravidez”. Esta seria, segundo as autoras, uma das reações frequentes, “no sentido de repor o equilíbrio psíquico dos pais”. Por outro lado, perante uma malformação incompatível com a vida, a família confronta-se com a complexa decisão de interromper ou não a gravidez²⁶⁸.

²⁶⁸ Ver ainda S. Sousa (2003).

Conseqüentemente, o diagnóstico de anomalia fetal não faz parte da expectativa da mulher grávida, que passa por uma experiência extremamente angustiante, considerada por muitas como “tortura” (DINIZ, 2003; RAPP, 1999).

E a decisão a ser tomada frente a estes diagnósticos vai depender do contexto cultural. No Brasil, por exemplo, o aborto não é realizado em função de anomalias fetais compatíveis com a vida, diferentemente de Portugal, que, mesmo antes de promulgar a nova lei do aborto, já possuía esta alínea em seu Código Penal²⁶⁹.

Em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida, do mesmo modo, não há, no Código Penal Brasileiro, qualquer inciso que autorize o abortamento quando o feto provavelmente não terá condições de sobreviver após o nascimento. Contudo, há jurisprudência²⁷⁰ para realizá-lo, caso seja comprovado por especialistas em ginecologia e obstetrícia e haja consentimento da mulher ou do casal (Ministério da Saúde, 2005b: 13).

A evolução das tecnologias revelando antecipadamente o diagnóstico fetal gerou diferentes usos²⁷¹ dessas técnicas, como também causou controvérsias em torno do tema²⁷². Uma das mais polêmicas discussões no Brasil ocorreu em 2004, após liminar promulgada pelo Ministro Marco Aurélio de Melo, do STF, que liberou o aborto por anencefalia²⁷³, sendo a liminar posteriormente cassada: houve receio por parte dos integrantes do “pró-vida” de que tal liberação conduzisse à chamada “ladeira escorregadia”²⁷⁴ – que abriria caminho à liberação simultânea de outras modalidades de aborto –, temor ao reaparecimento da eugenia (RAPP, 1999; TESSARO, 2002; DINIZ, 2003), intensificação da discussão em torno da

²⁶⁹ Embora, nos casos compatíveis com a vida, os processos passassem, segundo me relataram as enfermeiras lusitanas, pelo Comitê de Ética local.

²⁷⁰ Desde 1991, quando o primeiro alvará brasileiro autorizou a realização de um abortamento por malformação grave – pronunciado na cidade de Rio Verde (Mato Grosso do Sul) –, promotores públicos e juízes concederam cerca de 3.000 alvarás, em diversos estados brasileiros (GOLLOP, 2004).

²⁷¹ Um deles foi sua utilidade para os grupos pró-vida, que se instrumentalizaram a partir destas técnicas na luta política contra o direito ao aborto (RAPP 1997, 47; CUNHA, 2007). Ainda, em um dos primeiros artigos a discutir a utilização das imagens fetais, Petchesky (1987 *apud* CHAZAN, 2000: 58) observa que as lideranças do movimento pró-vida, baseadas nestas imagens, executaram uma alteração ardilosa consciente – do discurso e autoridade religiosos para o discurso e autoridade médico-técnicos, em seu afã de ganhar terreno nas cortes judiciais e entre a população estadunidense.

²⁷² Nesta parte do texto, dei ênfase aos exames de ultrassom para uma análise dos diagnósticos pré-natal. Todavia, outros exames existem, a exemplo da amniocentese, longamente discutida por Rayana Rapp (1999) em seu livro *Testing Women, testing the fetus*. O livro de Rapp trata especialmente sobre “aspectos eugênicos” destas tecnologias.

²⁷³ Ver folheto “o que é anencefalia”, anexo 16.

²⁷⁴ Ladeira escorregadia é uma expressão que acarreta pânico às pessoas que se veem diante de modificações morais as quais julgam imorais, argumento que ampara que “qualquer mudança no campo moral conduz a uma maior tolerância em torno dos interditos” (DINIZ, 2004: 35).

existência ou não de vida do feto portador de anomalias fetais graves²⁷⁵ (DINIZ, 2003; 2004), além de outras polêmicas, como a possibilidade do transplante de órgãos dos anencéfalos e uma discussão em torno do que efetivamente representaria a morte cerebral nestes casos.

Embora ampliadas às possibilidades de uma terapêutica fetal²⁷⁶, a importação das tecnologias acabou por “violiar” em parte o *segredo* da “vida”, pois introduziu “certezas” e manipulou “dúvidas” sobre os diagnósticos de malformação fetal²⁷⁷.

Cumpr agora que nos detenhamos acerca da variabilidade de posicionamentos sobre o tema a partir dos meus dados de campo.

5.4 Profissionais de saúde e malformação fetal: representações sobre “vida”, Pessoa e outras construções

Ressalta-se que, em raros momentos, ouvi meus/minhas interlocutores/as referirem-se ao feto verbalizando a categoria “pessoa” em seus discursos, tal qual se costuma utilizar no *métier* antropológico (MAUSS, 2003). As categorias de entendimento do grupo, tanto da classe médica quanto de enfermeiros/as e assistentes sociais, giravam em torno do termo “vida”, “vivência”, “interromper a vida”, “malformados”, “direito à vida” ou “ser”. Ainda se referiam a este feto como “bebê” ou “filho”, mostrando o quanto este feto já era visto a partir de suas relações familiares.

Percebi que as classificações dos fetos giravam principalmente em torno de dois posicionamentos, já referidos no início deste capítulo, envolvendo, de um lado, os/as que acreditam que a *vida/alma* se inicia na concepção e, por outro, os/as que acreditam que a *pessoa* passa a existir somente após seu nascimento. Estes dois posicionamentos confundiam-se com as posições contra (*a favor da vida*) ou a favor do aborto (*pessoa*). Entretanto, independentemente dos posicionamentos “contra” ou “a favor” do aborto, estes profissionais não deixavam de efetuá-lo ou não acompanhá-lo. Constando que suas representações perante

²⁷⁵ Diniz (2003: 19) argumenta que o mais adequado seria qualificar a interrupção da gestação de um feto inviável, a exemplo da anencefalia, de *antecipação terapêutica do parto*, uma vez que não existe possibilidade de sobrevivência extra-uterina (Correio Braziliense, 23/09/2003).

²⁷⁶ Já é possível realizar intervenção cirúrgica para corrigir o problema do feto ainda no interior do útero materno. Muito conhecido foi o caso que circulou pela internet de Samuel Alexander, operado com apenas 21 semanas de gestação no interior do útero materno por ter problemas de espinha bífida, ou seja, malformação congênita da coluna vertebral, causadora de graves sequelas neurológicas. O feto foi fotografado por Paul Harris, que captou, coincidentemente, o momento em que este ser segurou um dos dedos do médico que o estava operando (Mão amiga a favor da vida, <http://apon.vilabol.uol.com.br/maoamiga.htm>, acesso em 17/12/2008).

²⁷⁷ Fellous (1991 *apud* Chazan, 2000) chama a atenção para os efeitos do ultrassom, que nem sempre é vivenciado de maneira positiva pelas mulheres. Observa que algumas delas podem desenvolver um sentimento de terem seu “*segredo roubado*” pela revelação do sexo do feto.

o aborto e as práticas profissionais decorrentes desta posição política não são homogêneas, classifiquei as posições encontradas em campo no Brasil da seguinte maneira:

- A. Profissionais que são a favor do aborto por malformação e o realizam;
- B. Profissionais que são a favor do aborto por malformação, mas não o realizam ou têm dúvidas sobre realizá-lo;
- C. Profissionais que são contra o aborto por malformação e efetivamente não o realizam;
- D. Profissionais que são contra o aborto por malformação, mas o realizam.

Apresentarei, a seguir, estes quatro grupos, relativos ao Brasil, tendo como pano de fundo a constatação de que as representações destes personagens acabam por se embaralhar diante de cada uma de suas preposições, algo esperado em situações que envolvem “controvérsias” em “sociedades complexas”, como bem lembrado por Emerson Giumbelli (2002: 102).

5.4.1 a. Profissionais que são a favor do aborto por malformação e o realizam”:

Dos/das profissionais de saúde que participaram da pesquisa no Brasil, 3 médicos em Florianópolis (Tales, Xavier e Paulo) e o médico entrevistado em São Paulo (Jonas) compartilhavam da premissa de que a vida se inicia após o nascimento, portanto não fazendo sentido manter a gestação de um feto que vai nascer e que não vai sobreviver, especialmente nos casos de anencefalia, tal qual ilustram as falas de três destes entrevistados:

No que diz respeito aos fetos portadores de deficiências como a anencefalia... Eu sou uma pessoa que acredito que o conceito de vida é muito relativo. E eu acho que o conceito de vida é vivência. Penso que uma vida existe na medida em que existe vivência. E eu não me sinto mal, de maneira nenhuma, em fazer a interrupção, dentro da lei, de uma gestação de um feto que eu sei que não vai ter vivência nenhuma, que não vai sobreviver. Então não me sinto mal, eu sei que vou fazer um bem, amenizar o sofrimento da mãe, o sofrimento da família, o sofrimento social como um todo interrompendo essa gestação (Tales, médico ginecologista, entrevista em 01/08/2005).

E a mulher que tem o bebê anencéfalo... ele não vai sobreviver ou, se sobrevive, é por poucos minutos, por poucas horas... é triste para a mãe isso... penso que esses casos já deveriam estar liberados pela justiça, mas precisamos ainda

de autorização para realizá-los – ocorrências que, se forem a termo, certamente não irão vingar (Jonas, médico ginecologista, entrevista em 18/01/2007).

Veja bem, você não pode convencer uma mulher grávida de um anencéfalo a manter essa gravidez até o final. Acho isso uma maldade com essa mulher. Porque todas aquelas [grávidas de anencéfalos?] que queiram abortar deveriam ter esse direito assegurado por lei, seja em hospital público, seja em clínica privada, independente de qualquer coisa. Só há vida depois que nasce, o que não é o caso... e para mim é tranquilo fazer o aborto [nestas ocorrências]... (Xavier, médico ginecologista, entrevista em 05/10/2005).

Em tais desdobramentos, os médicos brasileiros entrevistados são favoráveis ao aborto por anencefalia ou por quaisquer outras malformações graves. Segundo Dr. Tales, o conceito de vida para ele é “vivência”, pois considera que “uma vida existe na medida em que existe vivência”. Ou seja, um feto poderia adquirir status de “pessoa” – se assim posso traduzir seu discurso –, na medida em que pudesse sobreviver após o nascimento, proposta que não se encaixaria, neste caso, aos anencéfalos. Tanto Dr. Jonas quanto Dr. Xavier acreditam que os casos de malformações inviáveis, especialmente a anencefalia, já deveriam ter sido regularizados pela Justiça, pois implicam muito sofrimento para a mulher. Ainda Dr. Xavier deixa claro que para ele “é tranquilo fazer o aborto” nestes casos, acreditando que “só há vida” depois do nascimento.

5.4.2 b. Profissionais que são a favor do aborto por malformação, mas não o realizam ou têm dúvidas sobre realizá-lo

Outro médico de Florianópolis assumiu uma perspectiva “ontológico substancialista” (LEAL & LEWGOY, 1995) (Guilherme), uma vez que volta sua “religiosidade” ao espiritismo kardecista, doutrina terminantemente contra o aborto em qualquer situação e considera que a vida se inicia na concepção. E o outro permaneceu na dúvida (Nilton) devido às circunstâncias experienciadas em seu dia-a-dia, embora anteriormente optasse por reconhecer que a vida se iniciava extra-útero:

Eu já fiz um aborto terapêutico e detestei. Mesmo com autorização judicial, a gente fica se esquivando, isso é o que a gente vê no dia-a-dia, um empurrando para o outro, porque ninguém gosta de fazer [aborto]. E eu sou kardecista já há muito tempo, embora, dentro do que se falava, eu não frequento nenhum grupo espírita há mais de 10 anos.

Enfim, me considero kardecista. E, no nosso dia-a-dia, a gente fica torcendo para, intra-útero, esse bebê ir a óbito. Porque aí a natureza estaria nos ajudando a resolver o problema desse casal. Ninguém gosta; posso te dizer tranquilamente como obstetra: ninguém gosta de fazer aborto. Em caso nenhum, mesmo de anencéfalo (Guilherme, médico ginecologista alto risco²⁷⁸, entrevista em 29/07/2005).

*Uma das coisas que me marcou muito e que me fez pensar muito sobre isso, antigamente eu era... **Interrompe a gestação e ponto final. Já que não vai viver, interrompe. Eu tive uma paciente que era médica, e ela teve uma gestação de um bebê com citomegalovírus, uma infecção grave, e o bebê já estava comprometido. E o marido dela falou uma coisa que me fez pensar muito. Ele, durante o exame de ultrassom, olhou e disse: “pô, como é que a gente vai interromper a gestação? Tô vendo meu filho... meu filho está ali. Ele existe! Se quando ele nascer e ele tiver uma infecção e ficar com uma sequela grave, eu vou matá-lo também?”.** Então eu fiquei pensando se a questão é estar dentro do útero ou fora do útero. Não é uma questão de vida? É o filho deles! Dentro do útero, você pode interromper a gestação; fora do útero não pode? Se ele nasce saudável, adquire uma doença que todo mundo está passível de ter, um acidente ou coisa do tipo, que fique um vegetal, aí você vai interromper, vai matar a criança, vai interromper a vida (fora do útero)? Se não pode fora, por que você pode... são questionamentos que nem eu tenho ainda uma resposta para mim... (Nilton, médico ginecologista alto risco, entrevista em 17/12/2005).*

Dr. Guilherme alega ser objetor de consciência e não realiza o aborto em nenhuma circunstância, embora concorde com o aborto de anencéfalos e de outros malformados que não sobreviveriam extra-útero. Este médico torce para que a “natureza” atue sem que haja a necessidade de uma interferência médica, o que acarretaria, em seus termos, um jogo de “empurra-empurra”. Muitas vezes as gestantes seriam encaminhadas a outros colegas, que deveriam, então, executar o procedimento. Nas palavras de uma das assistentes sociais, “existe muita resistência. Já aconteceu de termos, em um dia, três médicas que estavam de plantão e disseram que não iriam fazer porque sua crença pessoal não admitia a realização do aborto. Teve que passar para o outro dia, para outros profissionais que pudessem realizar os procedimentos”.

²⁷⁸ Quando é diagnosticada uma gestação de alto risco, ou seja, quando existe qualquer doença materna ou condição sociobiológica que possa prejudicar a boa evolução da gravidez, recorre-se aos especialistas em alto risco, profissionais peritos nestes tipos de gestação (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?208>).

Este fato se repete, segundo o médico Guilherme, “porque ninguém gosta de fazer aborto”. Particularmente no hospital de referência investigado, as médicas do sexo feminino parecem não ficar à vontade em realizar este procedimento. Cabe lembrar que foram também as médicas obstetras que se negaram a conceder entrevista nesta pesquisa. Embora reconheçam o direito da mulher de interromper a gestação, questões religiosas ou morais interferem direta ou indiretamente em seu exercício profissional. Este dado se confirma em uma – entre as poucas – pesquisa sobre o tema. Faúndes et al. (2003) destacam que a religião e a moralidade certamente representam princípios impeditivos da prática do abortamento, em estudo que buscou traduzir o grau de conhecimento de obstetras e de ginecologistas sobre as questões relativas ao aborto previsto em lei e quais as razões que impedem a realização deste procedimento.

Ainda nesse emaranhado de representações entre os médicos, Dr. Nilton admitiu ter dúvidas quanto ao momento em que o feto poderia ser considerado ou não “pessoa”, devido às circunstâncias experienciadas em seu cotidiano. Em princípio, observou que era mais impulsivo, pois, quando tinha “certeza” de que o feto não iria sobreviver, pensava se deveria **“interromper e ponto final. Já que não vai viver, interrompe”**.

Contudo, a partir do discurso proferido pelo marido de uma paciente – aliás, médica e sua colega –, dúvidas surgiram, principalmente após ter captado para si as “categorias de entendimento” deste discurso sobre o feto. O marido, através do exame de ultrassom, questionava: **“como é que a gente vai interromper a gestação? Tô vendo meu filho... meu filho está ali. Ele existe!”**.

Como explanei no item anterior, observa-se aqui o que Chazan (2000) constatou sobre o papel que o exame imagético de ultrassom tem no processo de subjetivação do feto, construindo um “status de pessoa” intra-útero, uma vez que a imagem do vídeo “evidenciaria” que o feto tem “vida”. E, tendo “vida”, **“como é que a gente vai interromper a gestação... se ele existe?”**. Da mesma forma, o médico lembra que o pai da criança trata o feto como “filho”; e, a partir deste acontecimento, conforme declara o médico, dúvidas surgiram, e ele mesmo observa que não tem respostas para seus questionamentos sobre a existência do status de pessoa do feto, seja antes ou depois da concepção.

A complexidade de posicionamentos também se insere no que diz respeito às enfermeiras e às assistentes sociais.

Três enfermeiras (Lisiane, Débora e Eugênia) e duas assistentes sociais entrevistadas (Vânia e Ângela) compactuam com o aborto previsto em lei e nos casos de malformação fetal grave, acreditando que “a vida” do feto se estabelece após o nascer. Entretanto, quando

perguntei se um anencéfalo poderia ser considerado “pessoa”, duas das profissionais, a enfermeira Lisiane e a assistente social Vânia, também ficaram em dúvida quanto a considerar o feto nessa condição:

*Todo feto tem vida, mas o feto com anencefalia ou outra malformação grave... (pausa) eu não sei te responder. Ele é um ser que vai nascer e não vai sobreviver... É difícil te responder essa questão, assim, sem pensar... **Eu nunca havia parado para refletir sobre isso** (Vânia, assistente social, 08/12/2005).*

*Cada caso é um caso (pausa). Veja bem: a mulher é dona do seu corpo, mas, quando o embrião se forma, ali existe uma vida, que necessita de cuidados, mesmo se ele não sobreviver após o nascimento. Eu... (pausa) **Para ser sincera, precisaria pensar melhor para te responder** (Lisiane, enfermeira, 22/11/2007).*

Acabei por importunar minhas informantes concretas com “questões obtusas” (GEERTZ, 1978: 39), provocando-lhes, com tal atitude, momentos de reflexão, tanto que, antes de formularem uma resposta, realizavam longas paradas para poderem pensar sobre o assunto. Aqui, não foi o discurso de uma paciente ou a imagem vista num ultrassom que as deixou em dúvida, como no caso de Dr. Nilton, mas o “ato de parar para pensar” se há ou não “vida”, conforme categoria êmica, em um anencéfalo ou num malformado que não sobreviverá extra-útero.

5.4.3 c. Profissionais que são contra o aborto por malformação e efetivamente não o realizam

Entretanto, tais questões “obtusas”, diferentemente de sugerirem dúvidas, também suscitaram firmes posicionamentos de quatro enfermeiras: Laura, Fátima, Janete e Sara. Trago aqui os relatos das duas últimas enfermeiras, Janete e Sara:

*As pessoas que fazem aborto são compreendidas pelos kardecistas de uma forma muito ruim. Elas têm status de assassinas. E os malformados têm uma razão de ser. **Mesmo por pouco tempo, eles possuem uma vida que deve ser respeitada.** E, nesse sentido, sou contrária ao aborto, a não ser que seja para salvar a vida da mãe (Janete, enfermeira, 20/12/2007).*

*Rozeli, sou enfermeira há mais de 25 anos. **Minha posição é que o direito à vida é o primeiro direito, independentemente***

de malformações ou não. A vida inicia-se na concepção e tem vida, sim, por isso sou contra o aborto em toda e qualquer situação, a não ser para salvar a mãe... e não tomo isso pelo lado da moral ou da religião, mas por foro íntimo... (Sara, enfermeira, 16/12/2007).

Fica muito claro, nas representações dessas duas enfermeiras, seu posicionamento diante do reconhecimento do feto como *pessoa*. A partir da categoria “vida”, ambas consideram que o feto possui “direito à vida” e que, “mesmo por pouco tempo”, essa “vida” “deve ser respeitada”. Observe-se que Janete tem um posicionamento ontológico substancialista (LEAL & LEWGOY, 1995), devido à sua crença numa religião categoricamente contra o aborto. O status de “assassinas” é um argumento fortíssimo imposto pela doutrina de Kardec, “intimidando”, se assim posso dizer, seus adeptos no que diz respeito a toda e qualquer forma de “tirar a vida”, especificamente, no caso, o aborto. Tal perspectiva admite um controle “social moralizador”, se pensarmos na religião a partir de um ponto de vista durkheimiano (1983: 79).

Por outro lado, o firme posicionamento da enfermeira Sara não advém de pressupostos ligados à religião, segundo ela mesma admite. Em sua entrevista, Sara confirmou que sua postura é fundada numa questão de “foro íntimo”, ou seja, que essa deliberação subjetiva sobre o aborto diz respeito somente a ela, não declarando mais nenhuma justificativa diante de seu posicionamento. A recorrência ao “foro íntimo” mostra o quanto, nas sociedades individualistas modernas contemporâneas (DUMONT, 1985), os indivíduos tendem a considerar suas representações sociais como fruto de escolhas individuais. Como antropóloga, percebi que esta é uma das posições que bem refletem as cosmologias coletivas que permeiam as práticas biomédicas em relação ao aborto.

5.4.4 d. Profissionais que são contra o aborto por malformação, mas o realizam

Conforme ilustra o depoimento do enfermeiro Amadeu,

O aborto faz parte da rotina da maternidade. Nos casos de aborto por malformação [grave, eu concordo que seja feito, mas eu acho que a vida, a vida se inicia ali... Mas, por mais que tenha vida, ele não vai viver quando nascer. E a mãe tem o direito de optar pela escolha entre levar essa gravidez até o final ou realizar o aborto. Os médicos aqui são a favor da vida, e alguns nem administram os remédios. Deixam para as enfermeiras. Mas, nesses casos, eles também concordam que

se faça [o aborto]. E nós seguimos as deliberações médicas (Amadeu, enfermeiro, 12/09/2005).

Ainda as enfermeiras Rosa e Lúcia compactuam com a ideia de que a vida se inicia intra-útero, mas, de qualquer modo, todas concordam com o aborto por anomalias fetais graves e participam dos processos quando necessário, seguindo, conforme as palavras de Amadeu, “as deliberações médicas”²⁷⁹.

Entretanto, nesse emaranhado que engloba diferenciadas disposições entre os profissionais de saúde, há uma coerência do grupo quanto a salvar a vida da gestante em detrimento da vida do feto em qualquer circunstância, ainda que tal atitude possa gerar conflitos entre médicos/as e pacientes.

Observei o fato a partir das narrativas dos/as enfermeiros/as do Alojamento Conjunto. Estes/as profissionais descreveram situações em que os/as médicos/as aconselharam algumas mulheres a interromper suas gestações. Eram casos de “alto risco” para as gestantes, tanto que coincidentemente, à época da pesquisa, uma mulher faleceu justamente por não concordar com a interrupção de sua gravidez. Com a perda do líquido amniótico (bolsa rota), a gestante sofreu uma infecção generalizada – septicemia –, levando-a a óbito. E a razão para não fazer o aborto foi sua religião, segundo nos relata o enfermeiro Amadeu:

Os médicos conversaram com a gestante. Disseram pra ela que, se não abortasse, ela poderia morrer. Como ela era religiosa, batista, adventista, não sei... Ela não quis abortar. Resultado: estava bem e, de uma hora para outra, começou a passar mal, a pressão subiu, e, conforme os médicos haviam previsto, ela morreu. Você veja, não abortou por causa da religião. Nem ela nem o filho (sobreviveram)... (Amadeu, enfermeiro, 10/12/2007).

A enfermeira Janete comentou o mesmo caso:

Na maioria das vezes, é assim. A religião não deixa. Elas não abortam por causa da religião. E acontece que às vezes algumas dessas mulheres morrem por causa disso. Aqui no hospital, há pouco tempo uma mulher que tinha a bolsa rota (perda de líquido amniótico) não quis interromper. Não quis fazer aborto. Os próprios médicos chegaram para ela e

²⁷⁹ No que diz respeito a essa mesma classificação em Portugal, encaixei os/as profissionais de saúde entrevistados/as em 3 categorias: A. Profissionais que são a favor do aborto por malformação e o realizam (2 enfermeiras e as 2 médicas); B. Profissionais que são contra o aborto por malformação e efetivamente não o realizam (2 enfermeiras); C. Profissionais que são contra o aborto por malformação, mas o realizam (3 enfermeiras). Para melhores detalhes sobre os/as “objetoires/as de consciência em Portugal”, ver capítulo 3, subitem 3.2.2. “Profissionais de saúde lusitanos e a Objeção de Consciência”.

disseram: “olha, seria melhor interromper, porque há riscos para você”. E ela não quis por causa da religião. Não lembro se era testemunha de Jeová. Mas ela não quis e acabou morrendo. Ela e o bebê (Janete, enfermeira, 15/12/2007).

Tal acontecimento funcionou como um drama social entre os profissionais de saúde que acompanharam o caso. E aqui, particularmente, dois fatores chamaram atenção: primeiro, o significado da categoria “risco” para a gestante. A linguagem utilizada pela equipe médica muitas vezes pode não ser compreendida pelas mulheres. Por um lado, pode-se pensar na diferença de inserção social presente nesta relação. Por outro, é possível pensar na negação “do fato”, na perda do “filho” ou de sua própria vida, transformando a situação num drama associado à morte.

Acrescente-se que muitas mulheres não desejam publicizar sua condição. Segundo informam os profissionais, por vezes elas acreditam que a “morte do filho” é “castigo de Deus”, por terem pecado – em especial no que concerne à sexualidade – ou pela ingestão de medicamentos e/ou bebida alcoólica na gravidez, o que, para Alain Giami (1997: 73), se traduziria como “metáforas de punição”.

Por outro lado, aqui se percebe a posição homogênea dos profissionais de saúde – Amadeu, Janete e dos médicos/as por eles/elas citados/as – em concordar que, nesse caso específico, a mulher “deveria” ter realizado o aborto, posicionamento ratificado pelos/as outros/as profissionais de saúde por mim entrevistados/as.

Chama atenção a forma como os/as enfermeiros/as Amadeu e Janete se reportaram à religião desta mulher – *“batista, adventista, não sei... Não lembro se era testemunha de Jeová”* –, numa ativação de valores que me pareceram “preconceituosos” em relação ao tipo de religião frequentada por ela. O tom dos/as enfermeiros/as – e provavelmente dos/das médicos/as que atenderam essa ocorrência – leva a pensar que esta mulher não quis realizar o aborto porque participava de religiões “atrasadas”, religiões “outras” que não permitiriam o aborto mesmo “a mãe” correndo risco de morte, como veio a acontecer.

A realização do aborto por risco de morte para a mulher é uma das causas permitidas pelo CPB e tem peso importante nas representações de meus/minhas informantes sobre quando “se deve ou não fazer aborto”. Enquanto muitos/as profissionais de saúde não realizam o aborto legal (por estupro ou risco de vida para a mulher) ou por malformações graves alegando motivos religiosos – a exemplo de Janete, que é kardecista –, ao mesmo tempo “a religião” se transforma, particularmente nesse caso, na grande “vilã”, contrapondo-

se às representações desses/as profissionais biomédicos/as. Ela acaba por motivar disposições “altruístas” e ao mesmo tempo “suicidas” quando confronta sua ideologia aos discursos médicos/científicos que passaram a determinar, desde o século XVIII, os limites da “vida” e “da morte”, hoje extremamente centrais e relevantes na área da saúde no Brasil (GOMES & MENEZES, 2008: 86).

Mas esse “posicionamento” dos/das médicos/as levanta algumas dúvidas quando nos remetemos, mais uma vez, à investigação de Faúndes et al. (2003). Em sua pesquisa, quando obstetras e ginecologistas foram perguntados sobre qual atitude tomariam diante de uma gravidez “absolutamente não desejada” (em relação à sua esposa ou à sua própria atitude, no caso das ginecologistas/obstetras mulheres), 70% daqueles/as que já haviam passado pela experiência e se declaravam contra o aborto escolheram interromper a gravidez. Observa-se, a partir da investigação dos autores, que a opção dos/as médicos/as muda quando o dilema de uma gravidez não desejada os/as afeta diretamente.

Enfim, conquanto este caso não se enquadre à categoria dos malformados, o feto tornou-se inviável sob o ponto de vista dos profissionais de saúde devido às circunstâncias que exigiram atitudes “experientes” em “favor da vida” – neste caso, favorecendo a vida da mulher que veio a falecer. Observa-se claramente por parte desta gestante como foi agregado valor à vida do feto em detrimento de sua própria vida, uma vez que para ela “Deus está acima da Medicina”, conforme destacado por Vânia, uma das assistentes sociais.

Mas não somente a atitude desta mulher sugere um forte apego a determinados valores religiosos como pode ser também observado na narrativa de alguns profissionais de saúde: ora com total credibilidade, ora com dúvidas em relação ao que “a ciência pode ou não responder”, lembrando que o “processo de secularização” (WEBER, 1992) e a crescente “medicalização do social” (MENEZES, 2004: 28) deslocaram a definição e a determinação dos limites “da vida e da morte” (FOUCAULT, 1995) da esfera religiosa para o domínio da ciência (GOMES & MENEZES, 2008: 86).

Enfim, é grande a discussão em torno do “feto viável”, que significa que ele pode constituir-se como pessoa detentora de direitos desde a concepção. Variados aspectos estão em jogo, e cada disciplina manifesta sua ordem com relação ao fato.

Todavia, faz-se necessário levar em conta que a constituição de pessoa do feto muitas vezes se dá a partir das construções culturais de cada grupo (DUARTE, 2003) ou, tal qual verificado por Chazan (2000), pela determinação do sexo fetal, mesmo que o feto seja inviável. Neste sentido, o desenvolvimento de novas tecnologias sobrepostas à área da medicina contribuiu para um significativo aumento no debate em relação “às fronteiras da

vida e da morte”, através dos processos de imagens fetais no decorrer do século XX (CHAZAN, 2005).

“Vida”, “vida humana”, “vivência”, “conceito de vida” e ainda categorias como “bebê” e “filho” informam valores perante as representações destes informantes e partem de determinadas considerações. Neste sentido, percebe-se que as questões em torno da religião e da religiosidade são concomitantes tanto às gestantes quanto aos profissionais de saúde, sendo que, para estes últimos, tal discurso é pontuado a todo momento tanto em torno de fetos malformados como de outros que não contemplam problemas de malformações. Nesse drama social, o discurso religioso se apresentará mais intenso em determinados momentos do trabalho de campo, sobretudo nos casos em que fetos considerados inviáveis nascem vivos e sobrevivem poucas horas após o nascimento. Muitos deles, como veremos, passam por um “rito de passagem” (TURNER, 1974), sendo geralmente batizados pelas próprias enfermeiras – brasileiras e portuguesas – logo depois do parto.

CAPÍTULO VI

ABORTO, MALFORMAÇÃO FETAL E BATIZADO DE FETOS VIVOS: DOIS CASOS DE DRAMAS SOCIAIS

Para exemplificar o exposto no capítulo anterior sobre como se constitui a noção de *peessoa* no Brasil e em Portugal, trato, neste capítulo, de dois casos acompanhados em campo que refletem questões dramáticas por mim observadas. O primeiro drama social é um caso brasileiro de aborto de feto inviável, que teve de ser “clandestino” diante das dificuldades burocráticas para efetuar-lo em situação legal. O segundo é um caso português em relação ao nascimento, através de IVG, de fetos vivos, os quais foram batizados pelas enfermeiras. Analiso, a partir destes dois exemplos, situações que parecem repetir-se de forma importante nos hospitais em relação ao aborto legal e terapêutico e que ilustram o argumento central desta tese – de que o aborto, mesmo em situações permitidas pela lei, continua objeto de *segredo* e ocultação, devido à forte carga simbólica que o feto, percebido enquanto *peessoa*, adquire nas sociedades ocidentais contemporâneas e, em particular, no Brasil e em Portugal.

A seguir, descrevo brevemente a forma adotada para realização da IVG e do aborto legal pelos dois países aqui estudados, discutindo, na continuação, os dois casos acima referidos.

6.1. Medicalização e metodologia do aborto

No Hospital estudado em Santa Catarina, foi-me repassado um informativo sobre “Aborto Farmacológico” por um dos médicos responsáveis, à época, pelo protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual ainda no início de meu trabalho de campo em 2005. Nesse folheto, consta que o hospital refere-se ao uso do aborto farmacológico “por oferecer grande vantagem sobre os métodos tradicionais” para toda gestante que solicita aborto e “cumpre com as condições estabelecidas pela lei”. Segundo este documento – que pensei, num primeiro momento, ser um protocolo tal qual o aplicado para as vítimas de estupro –, a mulher pode optar pela interrupção legal da gravidez, tanto no primeiro como no segundo trimestre da gestação. Conforme consta neste documento, durante o primeiro trimestre da gravidez consideram-se métodos aceitáveis a aspiração manual intrauterina (AMIU), o abortamento farmacológico e a dilatação e curetagem uterina. No segundo trimestre, o “abortamento farmacológico” constitui método de eleição, como método único ou

seguido de curetagem uterina. A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana “deve ser reservada para condições excepcionais”. Segundo o informativo, “não se recomenda o aborto com idade gestacional acima de 20 semanas”. Nesses casos, “deve-se oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando-se facilitar os mecanismos de adoção, se a mulher assim o desejar”.

O método para o aborto é avaliado pelos profissionais de saúde e varia conforme a idade gestacional da paciente. Ainda em relação a pacientes com aborto retido (ou incompleto, quando o corpo expelle apenas uma parte do tecido fetal) ou em casos de óbitos embrionários e fetais até 20 ou 22 semanas de idade gestacional, o procedimento é realizado, sendo que a mulher tem alta poucos dias após o aborto, quando realizado com sucesso.

Importante ressaltar que, em Portugal, os métodos para IVG quase não diferem dos utilizados para o aborto terapêutico no Brasil. Segundo a enfermeira Raquel, os encaminhamentos para a realização da IVG/IMG não apresentavam na maternidade em que trabalhava – pelo menos até o ano 2007 – um protocolo “institucional” que garantisse cuidados de qualidade tanto em relação à mulher/ao casal como em relação aos profissionais de saúde, tal qual no caso brasileiro. De qualquer modo, relata que o atendimento é realizado, na medida do possível, *com respeito pela privacidade do casal*, através de *um bom trabalho de equipa*, que envolve o acompanhamento psicológico durante todo o processo. Essas mulheres também podem ter um acompanhante²⁸⁰, sendo que, na época da pesquisa, estavam sendo rearranjadas as condições de alojamento para as gestantes que realizassem IVG. Um quarto com duas camas foi destinado, nesta maternidade, exclusivamente para estas mulheres durante sua estada até 48 horas²⁸¹. Anteriormente, elas ocupavam o mesmo quarto que outras puérperas e seus bebês, situação idêntica ao hospital estudado em Florianópolis.

Este processo demarca resumidamente o lado metodológico e medicalizado do aborto sob uma perspectiva protocolar objetiva embora não formalizada, segundo minhas informantes brasileiras e lusitanas. Contudo, nem sempre esse percurso transcorre facilmente para os/as atores/atrizes sociais envolvidos/as, a exemplo do que veremos adiante.

²⁸⁰ Até há pouco tempo, segundo a enfermeira, as IVGs eram realizadas num quarto da enfermaria, sendo que, à época, o acompanhante poderia ficar além dos horários habituais de visitas.

²⁸¹ Outra enfermeira que trabalhava, à época, na mesma Maternidade que Raquel me disse que este quarto ficava no final de um dos corredores *no serviço de puérperas I* e que tanto ela como outras enfermeiras objetoras de consciência não gostavam de estar naquela sala: “*é nítido. Ninguém gosta. A carga psicológica é muito forte. Por uma razão ou por outra, ninguém gosta de lá estar. E me custa dar apoio. Não deixo de dar, mas apoio muito mais as outras*”, ou seja, as que têm abortos espontâneos.

6.2 Drama social e cultura local: aborto terapêutico por malformação incompatível com a vida

O *segredo anunciado* pelas tecnologias de ultrassom em relação ao sexo e à saúde do feto (CHAZAN, 2000, 2005) demonstra, em nosso grupo social, que a definição de *pessoa* se dá pelo momento em que o feto é reconhecido através da imagem “computadorizada”²⁸² como *filho* e, portanto, é inserido na vida social no ocidente (GOMES & MENEZES, 2008: 78). Veremos, neste item, como é difícil e complexo o aborto legal de fetos inviáveis, uma vez que este já tenha sido reconhecido como *filho*, já nomeado e reconhecido na rede de parentesco como parte da família.

Apesar de não fazer parte da legislação brasileira, há jurisprudência para a realização do aborto terapêutico (MS, 2005: 13) a pedido da mulher ou do casal uma vez que o feto apresente malformações graves comprovadas através de tais tecnologias e atestadas por especialistas em gestações de alto risco²⁸³.

Todavia, não existe, na “cultura local” (GEERTZ, 1997) – leia-se maternidade/SC –, um protocolo escrito para ser aplicado nestes casos, ao contrário do que acontece nas ocorrências por estupro²⁸⁴, como explanado no item anterior.

Não há, no hospital estudado, um núcleo de medicina fetal. Apenas dois médicos especializados em gestações de alto risco fazem os encaminhamentos diretamente para o Serviço Social da maternidade pesquisada. Segundo uma das assistentes sociais²⁸⁵, a partir do momento em que a decisão pela interrupção é tomada – pela mulher ou casal – o processo segue para o EMAJ – Escritório Modelo de Assistência Jurídica – da UFSC, e aguarda-se a deliberação. Aliás, os/as médicos/as deste hospital referem que geralmente a resposta dos

²⁸² Países como a China e a Índia também utilizam exames de ultrassom principalmente para averiguar o sexo fetal num impasse fortíssimo de gênero. Nestes países, a gravidez de fetos do sexo feminino frequentemente acarreta abortos devido a questões sócio-econômico-culturais. Os indianos preferem ter filhos homens para não precisar pagar os dotes do casamento, entre segmentos em que prevalece o costume e muitas famílias não conseguem pagá-lo devido às circunstâncias econômicas. Na China, o aborto provocado é o resultado da combinação de dois fatores: a política de controle de natalidade (por lei, cada casal pode ter apenas um filho) e o pensamento tradicional da população, segundo o qual “meninos são melhores do que meninas”. O especialista em população Song Jiang, em entrevista à BBC Brasil, observa que os chineses dão preferência para meninos porque estes podem sustentar a família. Lembro que esta informação fala “do senso comum” transmitido através da grande imprensa (BBC Brasil *on line* 25/09/ 2007).

²⁸³ Os casos passam pelo Conselho de Medicina, instância em que três outros médicos dão o parecer.

²⁸⁴ Esta informação foi repassada por uma das assistentes sociais durante o trabalho de campo na maternidade brasileira. Ela disse que este hospital não possui um protocolo para realizar o aborto a pedido da mulher grávida de feto com malformação fetal. Uma das enfermeiras entrevistadas ainda relatou que o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual também estava ameaçado por falta de funcionários (no IML e na Delegacia) para atendimento no local de referência.

²⁸⁵ O desenrolar do processo de aborto terapêutico nestes casos é de melhor aceitação por parte dos profissionais de saúde devido à não sobrevivência do feto, ao contrário das ocorrências de aborto por estupro, segundo relatos de minhas informantes. Todavia, escutei alguns doutorandos em medicina dizerem que mesmo as mulheres que decidem pelo aborto nos casos de malformação recebem críticas por parte de alguns profissionais.

juízes, nestes casos, é favorável. De qualquer modo, ainda que a maior parte dos encaminhamentos tenha sido autorizada, alguns/algumas médicos/as argumentam que as respostas chegam tardiamente, em um momento em que a mulher não mais possui condições de levar adiante sua decisão. Conforme destaca Dr. Nilton, “*as mulheres solicitam com 20 semanas de gravidez e vão conseguir a autorização judicial com 40, quase entrando em trabalho de parto*”.

Quando a decisão pelo aborto terapêutico é “muito penosa” para a mulher, ela passa por “cuidados especiais”, sendo encaminhada pela assistente social a uma psicóloga que acompanhará seu caso antes, durante e depois do aborto.

Em Florianópolis, durante os meses em que passei “no terreno” (PINA CABRAL, 2007), uma das assistentes sociais relatou que, mesmo quando reveladas ocorrências de anomalias fetais graves através dos exames de imagem, algumas mulheres não querem interromper a gravidez devido a preceitos religiosos:

Tem mulheres que se prendem na crença de um ser superior que possa garantir a vida daquele ser que ela estava gestando. E a gente não costuma desconstruir a esperança da mulher. Dizemos à gestante que é um direito que ela tem de levar [a gravidez] até o final ou interromper. Eu, como Assistente Social, explico os caminhos que ela deverá percorrer. Ou de realizar um pré-natal bem feito ou que ela procure os caminhos jurídicos para interromper. Digo o que ela pode fazer... a crença muito forte em Deus de que ele ainda pode resolver a situação. Esse sentimento é muito forte na população... desses casos que atendi (Vânia, assistente social, Diário de Campo, 2007).

Após concessão do Juiz para a realização do aborto – quando a autorização é favorável e há tempo hábil –, a mulher é internada no Alojamento Conjunto da maternidade, local onde geralmente as profissionais tentam encaixá-las em um quarto somente com a presença da/do acompanhante. Assim o fazem para evitar que essa mulher entre em contato com outras grávidas, puérperas e seus bebês, uma vez que não existe neste hospital um quarto especial tanto para esse como para outros tipos de atendimentos (mulheres que recorrem ao aborto devido à violência sexual, mulheres presidiárias, mulheres que perderam os bebês durante o parto ou faltando poucos dias para nascerem, etc.). Entretanto, conforme destacam minhas informantes, nem sempre isso é possível.

Tentamos deixar um quarto para estes casos mais complicados. Mas às vezes não dá. Não há lugar. Em minha opinião, deveria haver uma ala só para abortos. Elas sofrem muito. E tem muito aborto [espontâneo?]. Aparecem casos quase todos os dias. Imagine que às vezes temos que colocar mulheres que estão indo fazer curetagem junto com as puérperas e seus bebês. Aquelas que têm os filhos mas não podem amamentar veem a mulher do lado da sua cama amamentando. Ou ainda aquelas que perdem os bebês... Dá muita pena... (Rosa, enfermeira, DC)²⁸⁶.

Essa atitude parte espontaneamente das profissionais de saúde, uma vez que não há um protocolo tampouco regras formais da diretoria deste hospital no que diz respeito à alocação dessas mulheres. E, conforme pude perceber durante esta pesquisa, tal itinerário terapêutico – médico/medicalizado/jurídico/hospitalar – não se desdobra de maneira tranquila.

Quando desvendado o *segredo* através das tecnologias de imagem evidenciando a malformação fetal, o diagnóstico primeiramente frustra a gestante, criando uma ruptura inesperada que se desdobrará numa sequência relativa ao que Victor Turner denomina de “drama social”, ou seja, “**units of harmonic or disharmonic process, arising in conflict situations**”²⁸⁷. No conceito de Turner, o drama social tem quatro fases principais de ação pública: **I. Breach of regular; II. Crisis; III. Redressive action** e **IV. Reintegration** (Turner, 1974: 41). Penso que tais fases, ressignificadas para o drama social do aborto – aqui particularmente por anomalias graves –, seguiriam, sob meu ponto de vista, a seguinte ordem:

- a) A *ruptura de relações sociais formais (I. Breach of regular)* seria equivalente ao diagnóstico de malformação fetal grave;
- b) *Crise (II. Crisis)* corresponderia ao sentimento de culpa da mulher, a itinerários terapêuticos e à tomada pela decisão ou não pela IVG;
- c) *Ação Corretiva (III. Redressive action)* à busca pelos itinerários religiosos, de amizade e familiares para tentar resolver ou amenizar a crise; “Rede de proteção”;

²⁸⁶ Durante meu trabalho de campo neste hospital, ainda vi ocuparem este quarto duas mulheres presidiárias, uma profissional da medicina que teve complicações na gravidez e uma mulher que perdeu o bebê com 34 semanas de gestação.

²⁸⁷ Victor Turner é considerado uma referência nas análises sobre os rituais. Influenciado por Van Gennep, Turner concebe os eventos conflitivos enquanto “dramas sociais”, sendo que os rituais servem basicamente para resolver conflitos ou diminuir rivalidades. Dentre outros, Victor Turner (1967) analisou os *rituais de iniciação* entre as meninas ndembu, grupo étnico que habita o Zimbábue.

- d) **Reintegração (IV. Reintegration)** à decisão definitiva em interromper a gestação ou levá-la a termo²⁸⁸.

Essas etapas “ressignificadas” são constantemente debatidas por profissionais de diferentes áreas, e no Brasil ainda sugerem muita discussão. Para vias de análise, pretendo me deter sobre essas fases, uma vez que suscitaram, a partir das representações de meus/minhas informantes, outros questionamentos além dos incansavelmente discutidos.

6.3 Malformações inviáveis: o caso Rafaela e o “inesperado” sobre o “inesperado”

Conforme a narrativa de uma das assistentes sociais por mim entrevistadas, muitas mulheres que chegam do interior de Santa Catarina para *terem seus bebês neste hospital* retornam para suas casas *extremamente frustradas*. Muitas delas não realizam em suas cidades o exame pré-natal. Outras, embora tenham realizado exames que detectem as anomalias, chegam a esta maternidade sem orientação quanto ao que fazer em relação à malformação inviável. Trata-se de gestações que beiram ou quase beiram o prazo final de uma gravidez. Como consequência, dependendo da idade gestacional, realiza-se a indução do parto. Mas, em alguns casos, o inesperado pode acontecer: embora inviáveis, corre-se o risco de esses fetos nascerem vivos, “*experiência difícil para as mulheres*”, como dizia uma de minhas informantes²⁸⁹.

Nesse emaranhado de representações, surgem ainda ocorrências que não chegam até o hospital, ou seja, casos em que as mulheres tomam informações sobre os encaminhamentos clínicos e jurídicos para a IVG de uma gravidez inviável e acabam por não comparecer ao hospital, como pude observar junto à maternidade.

Outras mulheres, segundo uma das assistentes sociais, até procuram apoio e entram com os processos. Todavia, mesmo com o resultado positivo por parte da justiça, não retornam para efetivá-lo, pois *ainda podem não ter decidido o que fazer* ou *talvez exista o*

²⁸⁸ Não obstante minha pesquisa se insere em padrões ocidentais e específicos relativos às questões do aborto, tento reorganizar, tal como Yvone Maggie (2001), o conceito de Victor Turner sem querer forçar seu encaixe, mas num exercício teórico-metodológico que certamente ainda necessitaria de aprimoramento. De qualquer modo, observo que esse fato não deixa de ser um drama social que envolve profissionais de saúde, mulheres e seus companheiros, bem como suas famílias e outras pessoas envolvidas em suas relações.

²⁸⁹ Outra razão alegada pelos profissionais de saúde refere-se ao aborto provocado. A chefe de enfermagem do CO lembrou que, na inauguração desta maternidade, em 1995, a maioria dos profissionais não queriam trabalhar na maternidade: “*havia, à época, um choque maior dos profissionais sobre os tipos de abortos que surgiam, muito maior do que hoje. O horror do feto nascer vivo. Elas expeliam os fetos vivos. Fetos maiores já. Choca muito, muito mesmo*”.

temor por não quererem assumir que seu desejo se perdeu ao descobrir através dos exames que o ser que está gerando não vai viver após o nascimento (Ângela, assistente social, DC, 2007).

Por outro lado, uma das enfermeiras do CO relatou que algumas mulheres acabam descobrindo a inviabilidade do feto quando a gravidez está muito adiantada, por volta das 20, 22 ou 24 semanas, o que dificulta em muito a autorização dos juízes para a realização do aborto terapêutico. Do mesmo modo, alguns médicos também preferem não realizar o aborto nestas situações, embora tal circunstância esteja prevista no informativo sobre “Aborto Farmacológico”, sendo aceito de maneira mais tranquila do que os casos que envolvem violência sexual, conforme comentado. Não estou aqui dizendo que o aborto não seja realizado, mas as representações dos profissionais de saúde, em especial das enfermeiras e assistentes sociais, levam a crer na dificuldade em realizar o aborto em gravidezes muito adiantadas. Conforme relatado por minhas informantes, muitas mulheres acabam procurando alternativas que se encaminham para a clandestinidade, fato que *imponderavelmente* – utilizando aqui a linguagem *malinowskiana* (1976 [1922]) – me foi relatado por Rafaela, uma informante que passou por tal drama social, tratando-se, de certo modo, de um caso exemplar.

Num primeiro momento, meu recorte metodológico previa trabalhar somente com os profissionais de saúde ligados ao tema desta investigação. Porém, uma pessoa, em especial, fez questão de fazer parte de minha pesquisa mesmo sem ser convidada – tal como o trabalhador nas plantações de cana Taso “escolheu” o pesquisador Mintz, tornando-se não somente seu colaborador, mas amigo (MINTZ, 1984). Rafaela, ao contrário de Taso, já era minha amiga antes de viver o drama aqui relatado e passou a ser também minha colaboradora nesta pesquisa, pois foi ela quem me chamou para ajudá-la e compartilhar o momento liminar que vivia quando descobriu estar grávida de um “feto inviável”.

Inicialmente muito angustiada e preocupada com a forma como incorporaria (ou não) o vivido por Rafaela nesta tese, aos poucos deixei fluir o acontecimento lembrando que o “campo” em que levamos a cabo nossa investigação não é fixo (SARRÓ & LIMA, 2007), assim como não são fixos/as nossos/as informantes, tampouco a cultura do “saber local” (GEERTZ, 1997) ou de quaisquer outros saberes considerando-se tal dinâmica cultural (LANGDON, 2003). Portanto, Rafaela passou a ser minha informante ao relatar – talvez até mesmo de forma terapêutica (GROSSI, 1992) –, passo a passo sua “tragédia pessoal”.

Rafaela é uma mulher com pouco menos de 30 anos e estava, na época de minha pesquisa, grávida de seu primeiro filho²⁹⁰. Certa manhã, enquanto estava mergulhada na leitura de meus sujeitos impressos em infindáveis diários de campo, atendo ao telefone e me surpreendo com a ligação de Rafaela. Sua angústia era claramente perceptível pelo seu tom de voz. Foi então que relatou sem rodeios que havia realizado um exame de ultrassom e descoberto que sua gravidez era inviável²⁹¹. Rafaela encontrava-se, então, com quase 6 meses de gravidez.

Com tal revelação, Rafaela passa pela primeira fase do drama social correspondente à ruptura de sua ordem cosmológica: a revelação do diagnóstico de malformação grave. Tal diagnóstico desencadeia quase que simultaneamente a segunda fase de seu drama, que diz respeito à crise que começara a vivenciar. Percebo que minha interlocutora está passando efetivamente por esta segunda fase quando relata como perseguiu itinerários terapêuticos à procura de outros médicos e exames, quando discorre sobre seu sentimento de culpa por estar gerando um feto inviável e ainda quando narra o sufoco em ter de tomar uma decisão em optar ou não pelo aborto. A tentativa de compensação que caracteriza a terceira fase do drama se concretiza em seus comentários ao telefone sobre a busca de apoio tanto da família como dos amigos – naquele instante por mim representados – à procura de tentar resolver ou amenizar sua crise. Rafaela assegura que tanto ela quanto o marido decidiram não prosseguir com a gravidez e que procuravam apoio através de pessoas que consideravam de sua confiança. Ambos tomaram a decisão pelo aborto, acreditando que esta seria a melhor resolução para seu caso – decisão que teoricamente finalizaria a fase do drama social sugerido por Turner (1974).

Tal resolução, segundo Rafaela, despertava um sentimento ambíguo, pois *era um filho muito desejado* pelo casal ao mesmo tempo em que não poderia pensar *na possibilidade de carregar essa criança* por mais quase quatro meses, algo que tanto para ela como para o marido não faria o menor sentido. A partir do momento em que o *segredo* fora revelado, Rafaela “desconectou-se” daquele ser que estava gerando – ser que já possuía um nome e que, portanto, era considerado mais que um feto. Era o seu *filho*, uma *pessoa* constituída principalmente pelas imagens fetais (CHAZAN, 2000), que, num primeiro momento, detectaram seu sexo mas não sua anomalia, diagnosticada somente aos seis meses da gravidez.

²⁹⁰ Pretendo propositadamente não dar muitos dados sobre Rafaela para que sua identidade seja preservada. Inclusive, fiquei muitas vezes em dúvida se deveria ou não expor seu caso em minha tese. Todavia, Rafaela, por uma postura política, fez questão de que eu compartilhasse de seu caso neste trabalho.

²⁹¹ O feto possuía uma anomalia grave e não teria chances de sobreviver após o nascimento.

Tomada a decisão, aconselhei minha interlocutora a falar com o serviço social do hospital de referência para o aborto legal em SC, que poderia fornecer o encaminhamento “legal” para a interrupção de acordo com a jurisprudência já conhecida pelos profissionais de saúde sobre os casos de malformações graves e previstas pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde (2005).

Mas a resolução sobre o caso de Rafaela se estendeu de forma muito mais angustiante do que ela imaginara. Após passar pelas fases de ruptura da ordem social, pela crise e pela tentativa de compensação, Rafaela teve a sua fase de resolução abalada de maneira inesperada. Primeiramente, viu frustrada a tentativa de seguir os trâmites legais:

*Rozeli, eu falei com a assistente social do Hospital perguntando como funcionava [o trâmite legal] e **pressenti que a autorização, no meu caso, seria negada pelo tempo de minha gestação.** A assistente social me explicou que, depois da consulta nessa maternidade, o caso seguiria primeiramente para três outros médicos que iriam dar um parecer. De lá, tal parecer seria enviado para o jurídico. Daí, eu teria que aguardar a decisão judicial que autorizaria ou não o aborto. **É muito tempo pra esperar com minha gravidez já nesse estágio.** Eu falei com algumas amigas que são advogadas feministas, e elas me alertaram sobre a possível demora desse trâmite ou até mesmo da negação de meu pedido... (Rafaela, informante).*

Rafaela teria de aguardar o restante de sua gravidez para realizar o parto normalmente caso seu pedido fosse negado pelas vias legais. Diante das circunstâncias, Rafaela e o marido decidiram realizar o aborto por vias clandestinas, mesmo contra a vontade de parentes, principalmente dos pais dele, que participam de uma doutrina religiosa terminantemente contra o aborto. Porém, na percepção de Rafaela, seria *tortura* continuar com aquela gravidez²⁹².

Algum tempo depois, ela e o marido marcam um encontro comigo. A esta altura, Rafaela já não estava mais grávida. Nesse encontro, disseram estar ao mesmo tempo tristes e aliviados pela atitude em relação ao aborto. Havia conseguido um profissional de confiança que, embora noutra cidade, fora muito bem recomendado por pessoas conhecidas. E, em meio a esse ínterim, houve um detalhe interessante: não era uma clínica clandestina, e tal

²⁹² Lembro aqui as pesquisas da antropóloga Débora Diniz relativas ao aborto por anencefalia em que as mulheres entrevistadas diziam que continuar com a gravidez seria uma “tortura”, pois estavam carregando um “caixão ambulante” (DINIZ, 2003).

profissional não cobrou nada além da consulta habitual. Aliás, o valor dessa consulta foi coberto pelo plano de saúde do casal. *Um médico idealista*, conforme relatara Rafaela. De maneira resumida, o médico aconselhou o casal a seguir os seguintes passos:

- 1) Conseguir clandestinamente o misoprostol, conhecido vulgarmente por cytotec;
- 2) Aplicar o medicamento ainda em casa (via oral e vaginal) para forçar as contrações e se iniciar o trabalho de parto. Chegaria com sangramento ao local;
- 3) Dar entrada na clínica onde trabalhava, dizendo que estava com muitas dores e, se possível, demonstrar tristeza por estar tendo um início de aborto. Assim, as funcionárias ficariam penalizadas e a tratariam sem preconceito;
- 4) Se não estivesse de plantão, pedir às funcionárias que entrassem em contato a fim de que ele seguisse imediatamente para atendê-los.

Por mais que o aborto tenha dado certo – inclusive sem a necessidade de realizar curetagem –, Rafaela relatou ter passado pelos piores momentos de sua vida. Seu drama não se resolvera no momento da decisão pelo aborto. Ali começara outra fase que redundava à crise até chegar efetivamente à “possível” resolução de sua “tragédia pessoal”:

Rozeli, imagine o Carlos indo comprar o cytotec naquele lugar!²⁹³. Ele foi aconselhado a não ir bem vestido. Fiquei com tanto receio disso... Daí levamos meu irmão junto, que é mais novo, pra não levantar suspeita. Foi ele quem comprou. Me disseram que poderiam achar que o Carlos era da polícia... Depois eu tendo que usar o remédio. Rozeli, foi tudo muito difícil. Ainda sem sangramento, fui para a clínica e tive que mentir para não passar por constrangimentos e não ser maltratada por estar forçando um aborto. Minha sorte é que o médico era maravilhoso. A todo o instante, perguntava como eu estava, dizia que iria dar tudo certo. Abraçava a gente... Ele foi ótimo. Mas fiquei durante 18 horas em trabalho de parto. E o pior: acho que o bebê nasceu vivo. Não tenho certeza, mas a cara da médica que estava acompanhando e da enfermeira eram de horror!!! Só poderia estar vivo quando nasceu. Também deveria ter muitas malformações – ossos, orelhas... Eu não vi

²⁹³ Assim como o cytotec é encontrado em lugares dos mais inusitados no Brasil, em Maputo, capital de Moçambique, uma outra substância considerada “abortiva” pode ser encontrada em quitandas de frutas e verduras, conforme observado pela pesquisadora Sofia Aboim do ICS/UL, em palestra proferida nessa mesma instituição sob o título “Gênero e Modernidade: reflexões sobre trajetórias sociais em Maputo”. Segundo Sofia, ela achou estranho estar misturado, junto às frutas e verduras nessa quitanda, um vidrinho com um tipo de areia esverdeada. Por curiosidade, perguntou para o que servia. A vendedora disse, um tanto sem graça, mas, ao mesmo tempo, sem dificuldades, que era uma mistura para abortar. Sofia achou o fato curioso e se arrependeu por não ter adquirido um dos vidros como material etnográfico (Palestra proferida no ICS/UL em 04/05/2007).

depois que nasceu e às vezes me culpo por isso. Às vezes penso que deveria ter visto... (Rafaela, informante,).

Rafaela ainda relata que o remédio veio numa cartela toda recortada e que estava embrulhado numa folha de jornal. Consequentemente não havia condições de se ler o que estava escrito. Nem ela, nem o marido ou o irmão tinham certeza se haviam comprado realmente o medicamento “correto” devido às circunstâncias de “ilegalidade”. Não tinham certeza se funcionaria ou não, tanto que Rafaela se lembra de ter chegado à clínica sem sangramentos e confidenciou que foi o médico quem estourou a “bolsa”²⁹⁴ quando daí se iniciaram efetivamente as cólicas, fracas até então.

Além de não haver uma contrapartida neste parto, ou seja, de não haver um *bebê* para ser levado para casa, Rafaela ainda convive com a dúvida em relação ao feto ter ou não nascido vivo. E também convive com a dúvida sobre sua aparência. Diz ter-se arrependido por não tê-lo visto, algo a que as enfermeiras lusitanas eram terminantemente contra, como veremos adiante. Observa que o médico garantiu que o feto nascera morto (FM)²⁹⁵. De qualquer modo, ela permanece com este “fantasma”, que talvez seja desfeito com o passar do tempo.

Para complementar o drama desta minha interlocutora, ela ainda relata que *quase enlouqueceu* ouvindo o choro de outros bebês nos outros quartos naquela noite. Do mesmo modo, narrava sua angústia ao ver, nas portas dos quartos vizinhos, escrito “Bem-vindo, Caio”, “Bem-vindo, Emerson”, “Bem-vinda, nossa princesinha”, e a tristeza de conviver, durante alguns dias, com sangramentos e com o colostro²⁹⁶, algo que, segundo Rafaela, desencadeou um sofrimento enorme: *“não conseguia tomar banho quente; qualquer água, qualquer líquido machucava... tive que enfaixar os seios e tomar remédios caros. Minha irmã me ajudava a passar gelo... eu senti muita dor, muita dor mesmo”..*

Mas o processo de sofrimento de Rafaela não termina por aí. Após alguns dias, o “inesperado” sobre o “inesperado” ainda aconteceu. Minha interlocutora teve a notícia de que

²⁹⁴ A bolsa amniótica normalmente forma-se na segunda semana de gravidez. Assim que esta se forma, enche-se de líquido amniótico, que inicialmente é apenas água proveniente da mãe. Líquido amniótico é o fluido que envolve o embrião, preenchendo a bolsa amniótica, e que, desta forma, o protege de choques mecânicos e térmicos. Quando se fala em “arrebentar a bolsa” pouco antes do parto, propriamente dito, significa que a bolsa amniótica se rompeu e que o líquido foi expulso, ou seja, que o parto está para acontecer (<http://boasaude.uol.com.br>).

²⁹⁵ Carmen Susana Tornquist (2004: 269) observa que o termo *feto morto* é impronunciável pelos profissionais de saúde, os quais utilizam eufemisticamente a sigla FM no hospital em que realiza sua pesquisa.

²⁹⁶ Primeiro leite da mulher e das fêmeas dos animais, logo depois do parto (Dicionário de Português Aurélio).

o feto havia sido “perdido” na clínica antes de realizarem a autópsia que detectaria se ela poderia ou não ter outra gravidez com malformação grave.

Agora eu não sei dos riscos que poderei correr durante minha próxima gravidez. Segundo o médico havia me explicado, minha chance de engravidar de um feto com o mesmo tipo de problema pode ser de uma em um milhão, como pode ser de 1 em quatro gravidezes (Rafaela, informante).

Especulações não faltaram sobre o paradeiro “do feto morto” de Rafaela e do marido. E, diante do acontecido, escutei algumas pessoas próximas ao casal fazerem comentários do tipo que *haveria uma organização por trás do sumiço que traficaria fetos para fins terapêuticos no exterior* (como, por exemplo, para fabricação de cremes de beleza, etc.) ou *que o médico se teria – junto à sua equipe – livrado da prova de um crime caso Rafaela e o marido resolvessem delatá-lo*. Ainda houve os que perguntaram se *eles não iriam denunciar a clínica pela incompetência dos funcionários de terem perdido o feto*, etc. Rafaela garante que o médico ficou tão chocado quanto o casal quando soube da “incompetência” dos funcionários em terem perdido o feto. Observou que o médico demonstrou muita preocupação diante da falta da autópsia que detectaria problemas relativos às futuras gestações, desculpando-se.

Enfim, o caso Rafaela é exemplar de como muitas vezes se realiza o processo de aborto nas práticas médicas, jurídicas e/ou pessoais. Mesmo que Rafaela se tenha livrado da *tortura* por estar gerando um feto que não sobreviveria após o nascimento, ainda permaneceu a experiência de uma maternidade “da perda”, “do sofrimento”, “da incerteza” e “do inesperado sobre o inesperado” (a malformação inviável, a dúvida sobre o feto ter ou não nascido vivo, a perda do feto para autópsia, etc.).

Todo esse processo foi feito às escuras, à margem, às escondidas – resoluções envoltas pelo *segredo* protegido apenas pela cumplicidade de poucos. Do *segredo anunciado* pelas tecnologias de imagem, Rafaela teve seu *segredo camuflado* devido às leis do aborto que vigoram em nosso país.

6.4 A IVG, o nascimento de fetos vivos e o batizado ritual em Lisboa

Em meu trabalho de campo, observei que o drama referente ao aborto por anomalias graves pode ter outros desfechos que não somente aqueles esperados pelas gestantes e pelos profissionais de saúde, tal como ilustrado pelo caso de Rafaela. Além do drama ocasionado

pela malformação inviável impedindo a sobrevivência do feto – desfazendo o “sonho” da mulher ou do casal pelo “filho” programado²⁹⁷ –, ainda existe a possibilidade de este feto nascer vivo mesmo que não sobreviva por muito tempo.

Conquanto tal fato não seja comum no hospital pesquisado no Brasil, este, de qualquer modo, faz parte da narrativa de alguns profissionais desta maternidade. No AC, um dos enfermeiros deste setor – onde o número de enfermeiras mulheres é superior ao número de homens – relatou, dentre outras questões, tal possibilidade.

Perguntei a ele se já havia acontecido ali de fetos “inviáveis” terem nascido vivos e algum profissional de saúde chamar o pediatra para reanimá-lo. O enfermeiro respondeu positivamente, embora observando que esse fato não é corriqueiro neste hospital/maternidade:

Já, já vi acontecer aqui, embora não seja tão comum. Mas, quando acontece, chamam o neonatologista ou o pediatra para reanimar o feto. Colocam na incubadora, mas eles não sobrevivem. E, se sobrevivem, é por poucos dias... Os profissionais aqui são a favor da vida. Alguns, inclusive, não prescrevem medicamentos [para abortar nos casos previstos em lei]. Trocam de plantão (Enfermeiro, AC, informante).

Nesse aspecto, *a vida* se define invariavelmente como a única opção cabível a ser tomada pelos médicos (MENEZES, 2004). Mais uma vez, é a manutenção da *vida* que exprime “a resolução” do drama social para o médico, se partirmos das representações deste enfermeiro. Mas essa resolução também se aplicaria à gestante? Talvez sim, a partir do momento em que a mulher deseje e/ou acredite na *salvação* do feto, numa incondicional *crença em Deus*. Ou talvez a atitude do médico em salvar a vida do feto somente prolongue o sofrimento da mulher (DINIZ, 2003), que já passou por todos os estágios desse drama social anunciado, num retorno à “crise” e longe de qualquer resolução.

Enfim, muito mais do que na maternidade pesquisada em Florianópolis, o nascimento de “fetos vivos”²⁹⁸ após os procedimentos de IVG em Lisboa representou ser um dilema extremamente conflituoso entre os profissionais de saúde entrevistados.

Certamente, tal fato se deve às diferenças que envolvem cada “cultura local”, tratando-se de lugares que, embora pareçam semelhantes, possuem características bastante distintas, estando entre elas as leis do aborto. Note-se que, mesmo antes da descriminalização em

²⁹⁷ Talvez essa gravidez nem fosse necessariamente programada, mas aceita no decorrer da gestação.

²⁹⁸ O nascimento de “fetos vivos” diz respeito à forma como profissionais da saúde lidam com os fetos oriundos de procedimentos de aborto legal em Lisboa.

Portugal no ano de 2007, este país possuía outras alíneas sobre as possibilidades de se efetuar um aborto, as quais são inexistentes nas leis brasileiras.

Variadas ocorrências e em maior número surgem nas maternidades lusitanas²⁹⁹, pois, além da permissão para realizar o aborto em casos de estupro e de risco de vida da mulher, como no Brasil, ainda é possível solicitar uma IVG em Portugal por anomalias fetais compatíveis com a vida – a exemplo da síndrome de down³⁰⁰ –, problemas psicológicos da mulher³⁰¹ e, mais recentemente, por quaisquer razões, desde que a mulher não ultrapasse as dez semanas de gestação³⁰².

Tal distinção, sem dúvida, traz à tona uma efetiva experiência dos profissionais de saúde que refletem sobre esse fato de acordo com sua identificação ou não como objetores de consciência, influenciados por questões éticas, morais e/ou religiosas. E será a partir de suas representações que analisaremos as repercussões sobre os nascimentos de “fetos vivos” em terras lusitanas observados em minha pesquisa de campo naquele país.

Em um desses encontros, conheci pessoalmente a enfermeira Raquel³⁰³, de quem já falei anteriormente. Raquel é uma mulher de aproximadamente 55 anos, *católica fervorosa*, que se considerava uma profissional bastante experiente em sua área de atuação diretamente ligada à ginecologia e à obstetrícia³⁰⁴. Dentre os vários assuntos que surgiram na entrevista, Raquel detalhou minuciosamente os procedimentos da IVG/IMG³⁰⁵ realizados na maternidade portuguesa³⁰⁶ na qual trabalhara e onde também realizara pesquisa³⁰⁷. Frisou constantemente o tema do nascimento dos *fetos vivos* relatando sua rica experiência diante do fato:

Já vi muitas vezes, muitas vezes, os fetos já abortados nascerem vivos. Depois é perturbador, porque, se uma mulher toma, por exemplo, assim, um síndrome de down, pede a

²⁹⁹ Entre os anos de 1998 e 2003, ocorreram 584 Interrupções Médicas da Gravidez ao abrigo da lei apenas em uma das Maternidades lusitanas, aliás uma das mais afamadas de Lisboa (CARVALHO PINTO, 2005: 20).

³⁰⁰ Síndrome de Down ou trissomia do cromossomo 21 é um distúrbio genético causado pela presença de um cromossomo 21 extra total ou parcialmente (<http://boasaude.uol.com.br>).

³⁰¹ Segundo minhas informantes, todas as ocorrências passam por uma “Comissão Técnica de Certificação”. Na maternidade a que se referem, esta comissão se reúne uma vez por semana. Quando há necessidade, é marcada uma sessão extraordinária.

³⁰² De acordo com a nova lei promulgada em 15/07/2007 pelo Presidente de Portugal Cavaco Silva.

³⁰³ Raquel foi indicada por minha orientadora Cristiana Bastos do Instituto de Ciências Sociais em Lisboa.

³⁰⁴ Encontrei Raquel na Escola de Enfermagem de Lisboa, local onde trabalhava.

³⁰⁵ Segundo a enfermeira Raquel, a IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez – é solicitada por decisão da mulher, por razões sociais, econômicas ou outras quaisquer, conforme a lei portuguesa. A IMG – Interrupção Médica da Gravidez – se dá após diagnóstico de malformação ou doença grave do feto. Ainda são entendidas por ITG – Interrupção Terapêutica da Gravidez – as interrupções que se justificam para salvar a vida da mulher. Já Diniz e Almeida (1998) observam que a ISG – Interrupção Seletiva da Gestação – refere-se ao que minha informante chama de IMG.

³⁰⁶ Lembro que coincidentemente todos os profissionais de saúde entrevistados em Lisboa trabalham ou já trabalharam nesta maternidade, conforme comentado no capítulo metodológico.

³⁰⁷ A enfermeira realizou pesquisa sobre a IMG após diagnóstico pré-natal.

interrupção de gravidez, a interrupção é autorizada, e ela faz a interrupção às vinte semanas de gestação, e esse feto nasce vivo, nasce vivo e pode sobreviver durante horas... (Raquel, enfermeira, 25/06/2007).

Segundo informações desta enfermeira, as situações de “tensão e de conflito” da equipe médica são motivadas principalmente por esse processo:

Como enfermeira obstetra, eu via as situações de tensão e de conflito dentro da equipe, que muitas vezes eram causadas pelos processos de interrupção, nomeadamente nessas situações quando os fetos abortados nascem vivos. E qual o destino a dar aos fetos que nascem vivos? Quando eu estou a fazer um parto numa situação de IMG, eu não vou chamar um pediatra para reanimar aquele bebê. Foi decidido pela mãe e pelo pai que era pra morrer, a mãe tomou essa decisão, pediu a uma comissão que autorizasse o seu pedido de interrupção, e a autorização foi dada. Tudo foi feito pra que se interrompesse essa gravidez. Agora eu estou aqui, o feto nasce vivo, eu não vou interromper os processos chamando um neonatologista e levando a criança pra unidade de cuidados intensivos. Isso pra mim é uma aberração...(Raquel, enfermeira, 25/06/2007).

Dentre as diversas situações de conflito que surgem nos processos de IVG – principalmente nas relações pacientes x profissionais de saúde x objeção de consciência –, é justamente em função do nascimento de fetos vivos, como demonstra Raquel, que os conflitos se acirram. Uma vez que a interrupção é realizada a partir da adoção de medidas farmacológicas³⁰⁸, ou seja, provocando-se a expulsão do feto para fora do útero, dando, assim, origem a um aborto até as 21 semanas + 6 dias de gestação, ou um parto prematuro após as 22 semanas de gestação, corre-se o risco de o feto nascer vivo. Conforme nos revela a enfermeira, esse método não provoca a morte fetal:

Grande número destes fetos nasce com vida, vindo a morrer posteriormente após períodos mais ou menos longos. Como não há qualquer orientação para estes casos especiais por parte da instituição, é a partir desse momento que a mulher passa a estar desprotegida, pois a partir desta fase, não estando definido nenhum protocolo de atuação, o tipo de atendimento às mulheres/casais que solicitaram a IMG depende exclusivamente do técnico que se encontrar de

³⁰⁸ O método farmacológico consiste, nestes casos, em utilizar medicamentos via oral e/ou vaginal, como utilizado por Rafaela, citada anteriormente.

serviço... procedendo de acordo com sua consciência (Raquel, enfermeira, 25/06/2007).

Segundo Raquel, o método farmacológico é privilegiado em detrimento de uma cesariana³⁰⁹ porque acarreta menos riscos para a saúde física da mulher. Todavia, a enfermeira questiona se esse método do mesmo modo é seguro para sua saúde *psicológica*, lembrando invariavelmente o caso “Rafaela”, em que *a dor do parto* – sem uma contrapartida, ou seja, sem um *bebê* ou *filho* – revelou-se extremamente dolorosa e com um epílogo inesperado.

Raquel observou que é comum surgirem conflitos *no seio da equipa* que trabalha diretamente com estes casos, pois trata-se de situações que *interferem profundamente com os princípios e com as crenças de cada um*. Pude compreender, através das representações de minha informante, que, na maternidade em que ela trabalha, em Lisboa, os conflitos vão surgindo à medida que surgem as IVGs.

Neste sentido, os profissionais decidem cuidar de cada ocorrência como melhor preferirem, atitude que preocupa profundamente minha informante. Raquel, embora seja *objeitora de consciência*, diz realizar os procedimentos necessários conforme as indicações médicas e que aprendeu a respeitar a decisão da mulher ou do casal. Todavia, observa que os *técnicos* – que, no Brasil, chamamos enfermeiros – tanto podem ser facilitadores do processo para a mulher como podem ser indiferentes ou ainda podem maltratá-la:

Porque esses técnicos dizem coisas do gênero: “olha, minha senhora, eu não concordo com o que a senhora está a fazer”. Quando é preciso, por exemplo, colocar comprimidos intravaginais, eram capazes de dizer: “toma lá os comprimidos, põe logo a senhora, porque eu não concordo com o que a senhora está a fazer”. E isso é horrível, não é? O próprio técnico deveria ser neutro, mas infelizmente não é (Raquel, enfermeira, 25/06/2007).

E, nesse quadro, existem ainda profissionais que, segundo a enfermeira, são *fanáticos* e tentam reanimar os fetos que, mesmo sob medicação³¹⁰, sobrevivem após o nascimento. Raquel relatou que, em situações de interrupção muito prolongadas realizadas em idades gestacionais avançadas (20, 22 ou 24 semanas de gravidez), permanecia atenta para cuidar

³⁰⁹ Cesariana é uma operação abdominal executada para retirar um bebê quando o parto vaginal não é possível ou seguro. O médico faz um corte no abdômen e no útero da mãe para remover o bebê (<http://boasaude.uol.com.br>).

³¹⁰ O infanticídio – indução da morte do feto através da introdução de substância química que faz parar o coração quando há previsão de este nascer vivo – é uma medida polêmica e nem sempre pode ser realizado. Segundo Raquel, não é suficiente o espaço de tempo entre a reflexão para a tomada de decisão da mulher pela IVG. Alguns casais ficam paralisados pela notícia da malformação, e o infanticídio muitas vezes torna-se mais um peso para o casal.

dessas mulheres. Observou que algumas de suas colegas não poderiam ficar sabendo do momento da expulsão desses fetos, pois, caso nascessem vivos, certamente chamariam um neonatologista para reanimá-los. Segundo ela, tal situação gera muitos conflitos, uma vez 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, devido aos seus princípios e crenças:

Tais fetos são reanimados resultando em sua sobrevivência por poucas horas ou dias numa unidade de cuidados intensivos. E, nessas medidas heroicas de reanimação, a vida se torna dependente de cuidados especiais em cujos pais não querem ou não podem responsabilizar-se por esses cuidados (Raquel, enfermeira, 25/06/2007).

Mas nem todos os profissionais de saúde pensam da mesma forma. Patrícia, outra enfermeira que entrevistei por indicação de Raquel³¹¹, pode ser considerada uma dessas assíduas defensoras da *vida*. Iniciamos nossa conversa na “pastelaria”³¹² da Escola de Enfermagem. Patrícia tomava café e fumava um cigarro quando Raquel nos apresentou. Resolvi partilhar os “vícios” de minha informante criando certa cumplicidade neste “trabalho de terreno”, tal qual aconselhado por Godfrey Linhardt a Mary Douglas quando ainda eram alunos de Evans-Pritchard (LIMA, 2007: 22). Conversamos longamente sobre minha pesquisa, e Patrícia concordou em ceder uma entrevista.

Num primeiro momento, discorreu sobre o tema da descriminalização do aborto naquele país. Não disse efetivamente se era a favor ou contra a nova lei, mas expôs sua preocupação relativa ao constrangimento dos profissionais de saúde para atenderem as mulheres que procurariam a maternidade. Sob seu ponto de vista, não haveria estrutura para atendimento e, além disso, haveria uma sobrecarga de trabalho para os profissionais: “o governo faz uma lei e não consulta os profissionais da saúde que estão na ponta desse processo. A lei está bem feita, o governo está bem visto, mas nós é que temos o trabalho”.

No que diz respeito à sua atitude em “salvar” os fetos que nascem vivos, revelou certa revolta especialmente nestes casos. Patrícia acredita que a equipe deveria salvá-los, pois o que está em jogo nessa rede de relações é a vida dos *pequenos seres*:

Os miúdos muitas vezes nascem vivos, e isto é complicado para todos. Nossos sentimentos são ambivalentes: ou

³¹¹ Também entrevistei Patrícia na Escola de Enfermagem de Lisboa. Patrícia, na época, tinha 39 anos e também é especialista em enfermagem e obstetria.

³¹² “Pastelaria” confere com nossos cafés no Brasil.

chamamos o pediatra para reanimar aquele bebê ou não fazemos nada e o deixamos a morrer. Já me aconteceu de ser mal interpretada, mas, desde que minha consciência me diga que aquilo que estou a fazer é o melhor, não me incomoda em nada o que as outras pessoas pensam. E chamo sempre o pediatra. Pronto. Chamo e faço aquilo que acho que devo fazer. Passa pela comissão ética, e é todo direito da mulher e do casal 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 à minha frente, percebe? Minha consciência fica mais tranquila (Patrícia, enfermeira, 25/06/2007).

Patrícia expôs, em seu depoimento, que não pensava *duas vezes para chamar o pediatra caso o feto sobrevivesse após o nascimento*. Ressaltou que foi *mal interpretada* diante desta atitude e afirmou que seu procedimento nessas ocorrências *nada tem a ver com religiosidade ou qualquer tipo de crença*, apesar de ser católica, como a maioria dos portugueses. Observou que é uma questão ética para ficar em dia com sua consciência, não se importando com a maneira de ser interpretada.

De qualquer modo, o conflito se instala nessas ocorrências e pode piorar a partir das modificações da Lei do aborto³¹³. Segundo as profissionais, tais modificações podem fazer aumentar o número de objetores de consciência que, embora acreditem que a mulher tenha o direito à IVG, também creem que, em tais ocorrências, possam chamar um especialista para reviver o malformado, algo bastante complicado em termos éticos tanto para os profissionais de saúde como para o casal que solicitou a IVG. No entanto, o significado de *estar em paz com sua consciência* – conforme confere Patrícia – parece refletir um aspecto cultural sobre o “pecado” numa sociedade impregnada, segundo minhas informantes, pelo *catolicismo*.

Noutro dia, em rota diferente ao da Escola de Enfermagem, segui para a Ordem dos Enfermeiros de Lisboa. Saindo do ICS, tomei um *autocarro* e cheguei ao destino onde encontraria a enfermeira Luciana. No início de nossa conversa, a profissional pensou que sua entrevista não traria nada de interessante para os objetivos de minha pesquisa. Muito pelo contrário, Luciana ratificou o conflito que se instala em relação ao nascimento de fetos vivos em Lisboa, não somente entre os profissionais mas também sobre o drama pessoal em efetivar as IVGs com tais resultados. Num caso específico descrito pela enfermeira, Luciana ressaltou

³¹³ Dos 9 profissionais de saúde entrevistados – 6 enfermeiras, 1 enfermeiro e 2 médicas –, 6 deles (5 enfermeiras e 1 enfermeiro) acreditam que a modificação da lei não irá resolver o problema dos abortos clandestinos em Portugal.

que foi pega de surpresa ao perceber que o feto (com 18 semanas)³¹⁴ nascera 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 ideia 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 têm que ir para a patologia para serem verificadas 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, 01/06/2007).

A enfermeira relatou que esta situação a incomodou *por imenso*. Observou que fizera de tudo para que a mulher não percebesse que *o miúdo nascera vivo*. As malformações, segundo Luciana, não eram exteriores e, portanto, *para todos os efeitos era um menino perfeitamente normal*, situação de uma mulher *que esteve todo o dia a induzir o trabalho de parto e não pegou a indução, que já estava a fazer alterações do equilíbrio hidroeletrólítico e começara a ter complicações*.

Enfim, ainda bastante perturbada com a história, a enfermeira tentou convencer-me (e, quem sabe, do mesmo modo se convencer) de que a situação estava resolvida. No entanto, parecia carregar ainda a *culpa* pelo fato ocorrido. Argumentara que, após pensar durante horas naquela situação, não faria sentido preocupar-se, porquanto tinha certeza de que efetuara os procedimentos corretamente. Segundo Luciana, se ela não cortasse o cordão umbilical daquela forma, apenas aumentaria o sofrimento da mulher. De qualquer modo, o feto morreria momentos depois, independentemente de sua vontade.

³¹⁴ A enfermeira não soube informar por que motivo a gestante realizou o aborto. Disse apenas que o feto tinha 18 semanas e não apresentava malformação externa.

Compreende-se que, diante das normas estipuladas por uma cultura impregnada por uma “religião de salvação”, algumas normas estabelecidas passam a ser consideradas “violação da vontade divina” (FREUND, 2000). Com efeito, parece existir um *habitus* católico (BOURDIEU, 1989) na sociedade portuguesa, e a ideia de pecado ainda parece atravessar a consciência da enfermeira, algo que *irritaria a Deus e atrairia o castigo*. Conforme concebe Max 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.

Nesse aspecto, surge o impasse de muitos profissionais de saúde diante do nascimento do feto que ainda está vivo. O enfermeiro Joaquim³¹⁵, também entrevistado na Escola de Enfermagem juntamente com Patrícia, lamentou a atitude de alguns profissionais diante do estado de “vida e morte” do feto. O enfermeiro observou que já havia presenciado *histórias terríveis de objetores que faziam o trabalho de reanimação com fetos de 22 ou 23 semanas* nesse processo de interrupção:

É um impacto muito forte ver o feto nascer vivo, e é muito angustiante esse facto para os enfermeiros que se veem diante desta situação. Por isso, muitos tomam essa atitude. Por outro lado, nós procuramos tratar para que morram com dignidade. Todos os que vi morreram. E é muito impactante (Joaquim, enfermeiro, 25/06/2007).

Em sua narrativa, Joaquim lembra-se impreterivelmente dos epílogos que percorrem tais processos. Quando esses fetos nascem vivos e não são reanimados por conta de profissionais como Patrícia, mais rapidamente estes seres entram em óbito. Mas a maneira como encontram seu “destino” vai depender de cada profissional.

Teresa³¹⁶, enfermeira que trabalha na mesma maternidade que Raquel, relatou que esses fetos não devem ser reanimados, uma vez que passarão por mais sofrimento. Como Joaquim, observou que eles devem morrer com dignidade, mesmo que fique a angústia da dúvida sobre o que fazer naquele momento. Em suas palavras,

³¹⁵ Como Patrícia, Joaquim também foi apresentado pela enfermeira Raquel. Conversei com Patrícia e, logo em seguida, com este enfermeiro. A entrevista gravada foi realizada concomitantemente com os dois enfermeiros em uma das salas desta escola. Observo que Joaquim foi o único homem entrevistado entre as/os profissionais de enfermagem.

³¹⁶ Teresa também é enfermeira parteira e foi indicada por Raquel. Realizamos a entrevista numa ONG portuguesa que ela pediu que não fosse identificada.

Quando o bebê nasce desse jeito, o colocamos num lugar quente, e fica melhor para ele. Mas, se não tem realmente viabilidade, a gente está a prolongar aquele sofrimento ainda mais. E é complicado... às vezes os deixamos nem tanto ao calor, mas nem tanto ao frio. Damos um pouco de dignidade. Então, aqueles bebês que não têm condições de ser reanimados não vão sobreviver em boas condições. E a pessoa fica naquela angústia: deixa morrer ou investe... a Raquel contava histórias de bebês que se aquecem... não, não se pode aquecer... (Teresa, enfermeira, 04/07/2007).

Tanto Teresa como Raquel observaram que, na maternidade em que trabalham, muitos profissionais da equipe multidisciplinar tentam não sujeitar esses fetos aos olhares de pessoas que possam desrespeitá-los, imprimindo-se entre eles *um ritual de respeito à privacidade destes miúdos*, conforme preconizado no Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses (CARVALHO PINTO, 2005: 86-87).

Contudo, Raquel ratificou que, no dia-a-dia não, há, por parte de outros profissionais, o devido respeito nestas situações. Para a enfermeira, embora tal código deontológico preconize que o profissional deva ter *respeito pelo corpo após a morte*, muitas vezes o transporte deste corpo até o necrotério³¹⁷ não é feito de acordo com tais princípios. Observou que os profissionais não são preparados para isso e que, diante do fato, acabam por expô-los *de maneira a não assegurar sua privacidade*.

Mas ainda o que chama atenção nestas situações é o que Teresa anuncia *como princípios religiosos* diante da morte destes fetos, ou seja, o ato de batizar esses *bebês* que morrem logo após o nascimento. Tanto Teresa como Raquel realizam esse ato num autêntico “ritual de passagem” (TURNER, 1974 fato que demarca ainda mais claramente um ethos religioso, conforme discutirei a seguir).

6.5 Em nome do “anjo”: IVG e o batizado de *Rosarinho*

Dentre os relatos das enfermeiras sobre o nascimento de fetos vivos em Portugal, um chamou muita atenção: o batizado de *Rosarinho*.

Rosarinho era um feto/*bebê* que fora batizada por Teresa logo após seu nascimento e conseqüente morte. O pedido veio através da “mãe”, que era amiga próxima desta enfermeira. Teresa contou-me que esta *senhora* estava no segundo casamento e que tentara engravidar diversas vezes. Teve oito abortos espontâneos até conseguir engravidar pela nona vez. Como

³¹⁷ Necrotério ou morgue é o local onde são guardados cadáveres e onde se realizam exames periciais para determinar a "causa mortis" (www.google.surch).

já tinha 45 anos, foi aconselhada a fazer uma amniocentese, descobrindo que o feto possuía uma anomalia conhecida por *trissomia 21*.

Com o *segredo* revelado através de tal tecnologia, teve de optar se teria ou não o *filho mongolóide* – conforme palavras da informante –, passando pelos já conhecidos estágios desse drama social (TURNER, 1974). Segundo Teresa, “*ela não poderia cuidar do filho, pois tinha que trabalhar... e uma criança dessas exige o dobro de cuidados... E eu sei que foi uma angústia muito grande das decisões que teve que tomar, e decidi interromper já com 20 ou 21 semanas*”.

Sendo amiga de Teresa, consegui algumas “regalias” que outras mulheres na mesma situação jamais conseguiriam nesta maternidade. A enfermeira temia que sua amiga passasse por determinados constrangimentos e acabou por acompanhá-la durante todo o processo³¹⁸.

Foi então que, depois de realizada a IVG, sua amiga pediu que Teresa batizasse a menina: “*então nasceu, fez-se a curetagem, e acabou-se o processo. Embrulhei a menina para que ela visse*³¹⁹ ... *E era para eu ser madrinha, tanto que ela pediu-me para batizar a menina, e eu disse a ela para ficar tranquila que eu a batizaria. Daí, a batizei de Rosarinho*”.

Não resisti a tal declaração e perguntei à enfermeira como procedia com o batizado, se pegava ou não a criança no colo...

Não, não, eu fazia o sinal da cruz... e põe-se água e batiza-se em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo. Eu e a Raquel fazíamos isso. Tanto eu como Raquel temos alguns princípios religiosos e fazemos, embora agora não seja tanto... mas nós batizávamos os bebês. Eu batizei não sei quantos pequeninos, muitos mesmo, e aquilo era terrível... causava muita dor... uma dor que nos destrói por dentro... (Teresa, enfermeira, 04/07/2007).

Teresa dizia-me isso entre risos e sorrisos “nervosos” – o que me alertava incondicionalmente à distinção entre “um tique nervoso” e “uma piscadela” (GEERTZ, 1978: 16)³²⁰ – e parecia achar graça pelo seu ato ao mesmo tempo em que sentia uma espécie de

³¹⁸ Teresa tinha receio de que sua amiga caísse nas mãos de profissionais que eram objetores de consciência. Segundo a enfermeira, um caso de malformação que permite sobreviver sofreria muitas represálias por parte de tais profissionais, tanto enfermeiras/os como médicas/os.

³¹⁹ Todas as minhas informantes em Portugal disseram que é preciso que a “mãe” veja o feto depois do parto, pois isso facilita a aceitação da morte.

³²⁰ Geertz (1978: 16) tenta explicar, através de alguns exemplos (as “piscadelas” dos meninos – Gilbert Ryle – e a incursão dos carneiros), como deve ser realizada uma descrição densa para entender o que representa a “análise antropológica como forma de conhecimento”. Explica que o que devemos “indagar” a respeito de determinados atos que estamos observando é o seu grau de “importância”, verificando o que está sendo transmitido com tal

“penúria” dos *anjos* que dali supostamente partiriam para outra dimensão, sem falar em sua própria comoção.

De qualquer modo, não restavam dúvidas à enfermeira de que, após o batismo, *Rosarinho* – como outras e outros seres batizados/as e nomeados/as – não seria mais um ser pagão (FONSECA & BRITES, 1988).

Esse “rito de passagem” (TURNER, 1974) confirmaria sua posição como “pessoa” e a integraria “na rede social” como uma “cristã” (WELTER, 2007), pois haveria passado, no instante do batismo, da condição “profana” à condição “sagrada” (DOUGLAS, 1976) pelas mãos desta enfermeira. A “benzeção” foi uma maneira de “sacralizar a matéria morta”, ou seja, de “cristianizar” o feto³²¹ que se encontrava numa posição de indeterminação social marginal (VAN GENNEP, 1978) ou liminar (TURNER, 1974).

Se partirmos da ideia do batismo como “um ritual”, percebemos que ele não deixa de ser um fenômeno característico e especial nessa sociedade fortemente envolta por um *habitus* católico (BOURDIEU, 1989), conforme comentado.

Nesse aspecto, Mariza Peirano (2003: 10) observa que o ritual “nos aponta e revela expressões e valores de uma sociedade”, sendo que ele “expande, ilumina e ressalta o que já é comum a um determinado grupo”, como no caso de minhas enfermeiras lusitanas e como também pude perceber entre as profissionais de saúde brasileiras.

6.6 Batismo: contraposição ao Segredo?

Retornando brevemente ao “saber local” florianopolitano, lembro-me da oportunidade em entrevistar, no Centro Obstétrico, uma enfermeira que relatou ser bastante experiente e trabalhar há mais de 25 na profissão. Perguntei a ela sobre os casos de malformações fetais graves, se havia fetos que nasciam vivos e morriam posteriormente:

Existem poucos casos de anomalias fetais incuráveis. Mas os casos existem. Lembro de uma mulher que não quis abortar uma criança que descobriu, era anecéfala. Depois que nasceu, ela ficou abraçada com a criança por duas horas...

“ocorrência”, para se perceber a diferença que se traduz em determinados comportamentos (se é um comportamento “ridículo, ou desafio, uma ironia, uma zanga”).

³²¹ Mary Douglas (1976: 119) lembra que o feto é visto, em muitas culturas, como um ser “marginal”, “indefinível” e “ambíguo”. Quando ocorre um aborto, ele também se torna perigoso, característica percebida entre os Maori (LÉVY-BRUHL *apud* DOUGLAS, 1976: 119). Douglas ainda observa que Van Gennep teve muito mais perspicácia sociológica que Lévy-Bruhl ao perceber que o perigo que envolve o feto está nos estágios de transição, ou seja, em posição considerada marginal.

E a criança já estava morta. Eu inclusive a batizei (Sara, enfermeira, 16/12/2007).

Imediatamente à fala desta enfermeira – católica fervorosa e objetora de consciência –, lembrei-me de minhas interlocutoras portuguesas, Raquel e Teresa, pois coincidentemente tanto “lá” como “aqui” (GEERTZ, 1989: 15-16) tais enfermeiras possuíam um “habitus” católico de batizar os fetos/*bebês* que nasciam vivos (ou mortos) e que padeciam posteriormente. Tal atitude praticada pelas enfermeiras certamente faz parte de um aprendizado cultural, em que adaptações foram realizadas pela igreja Católica diante da necessidade de cristianização³²².

Neste sentido, as antropólogas Claudia Fonseca e Jurema Brites (1988: 18), em artigo que relata as práticas populares do “batismo em casa” comparadas ao “batismo na igreja” realizados no Rio Grande do Sul, destacam que enfermeiras “mais antigas da Santa Casa” cumpriam essa missão. Segundo relato de uma de suas informantes,

A gente sempre batiza a criança aqui. Quando eu vejo que está ruinzinho, eu e as gurias batizamos. Fazemos por nossa conta. Nem perguntamos para a mãe. Foi no tempo das irmãs que a gente aprendeu. Bota aguinha na cabeça, faz sinal da cruz e chama o nome da criança. E tu nem sabe quantos se salvaram!

Segundo as autoras, o “batismo em casa”, ou mesmo o batismo efetivado por leigos/as, como no caso das enfermeiras, traduzir-se-ia não somente em não deixar o recém-nascido pagão ou mesmo como um complemento ao batismo realizado na igreja. Ele também seria uma forma de se contrapor a ele “pela inversão de hierarquias usuais”, retirando esse poder do clero e assegurando que nem todos os triunfos ficariam com tal autoridade institucionalizada – ou seja, a Igreja Católica (FONSECA & BRITES, 1988: 4-14).

A antropóloga Tânia Welter (2007: 71), em seu estudo sobre o Profeta João Maria, observa que o batismo foi um desses sacramentos adaptados³²³, pois ele deveria ser feito somente pelos Eclesiastes. Todavia, como nem sempre isso era possível, a igreja doutrinou os católicos a batizar o bebê imediatamente após o nascimento, o que favoreceu, segundo a autora, “um batismo não-ecclesial” – um tipo de batismo que serviria para salvar a alma da

³²² Mudanças que vigoraram no processo realizado a partir do Concílio de Trento, no século XVI (WELTER, 2007: 71).

³²³ O batismo católico implicaria, assim, “limpar todos os pecados do homem, a fim de limpar os pecados do mundo”, ato consagrado através de Jesus Cristo, “profeta” considerado filho de Deus, capaz de libertar os homens do pecado original (<http://www.bjnewlife.org>).

criança diante da iminência da morte e que não estaria totalmente em desacordo com os princípios canônicos.

Guardadas suas especificidades, o batismo praticado pelas enfermeiras pode ser interpretado como este denominado “não-eclesial” e também pode ser verificado em diversos aspectos dos rituais de batismo praticados entre grupos distintos, a exemplo dos “joaninos” estudados por Welter (2007)³²⁴, além de serem justificados pelo imaginário popular. Neste sentido, na ilha de Santa Catarina, as narrativas de Franklin Cascaes trazem à tona lendas em que somente o batismo imediato das crianças evitaria que estas se tornassem bruxas. Uma delas conta que

Quando de um casal nascem sete filhas, sem nenhum varão de permeio, fatalmente a primeira ou a última será bruxa. Para que isso não aconteça, a irmã mais velha deve batizar a mais nova. As crianças ainda não batizadas são preferencialmente atacadas, por isso devem dormir com a luz do quarto acesa. Para descobrir a bruxa que chupa o sangue de alguém, deve-se socar num pilão uma camisa da criança ou do adulto atacado e "ela logo aparece". Também, quando uma mulher dá a apertar a mão canhota é sinal de que é bruxa (CASCAES, 1992).

Fonseca e Brites (1988), do mesmo modo, relatam que o “batismo em casa”, além de ser motivado por circunstâncias de fé ortodoxa, também era motivado por crenças que extravasavam tais limites. Observam que suas informantes relatavam histórias “das bruxas que vinham tomar o sangue do nenê”, que não se poderia “apagar as luzes porque a criança poderia ficar embruxada” e daí “só benzedeira para curar”³²⁵.

Outra característica importante desse ritual diz respeito às redes de solidariedade e de sociabilidade criadas com o batismo. Tais redes são intensificadas a partir do “batismo em casa”, conforme sugerem Fonseca e Brites (1988: 17):

O batismo em casa ergue pessoas normalmente subordinadas, isto é, mulheres e crianças, a um lugar de destaque. Um dos nossos informantes tinha só 7 anos quando

³²⁴ Segundo Welter (2007: 72), apesar de não ser uma característica específica dos joaninos, estes “batizam a criança assim que nasce, em casa ou em outro local, na presença de familiares e padrinhos numa cerimônia geralmente coordenada pelo apresentador. É uma cerimônia simples, sem necessidade de festa ou presentes, objetiva batizar e salvar a alma da criança e, desta maneira, possibilitar a ela uma proteção divina, ou seja, apresenta-se como *rito propiciatório* porque, por meio dele, Deus se torna propício para ajudar e proteger esta criança”.

³²⁵ Sobre o tema, é interessante ver o estudo da antropóloga Sônia Maluf (1989), que discute as narrativas sobre bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição e trata simbolicamente das relações de gênero enquanto relações de poder.

se tornou padrinho de casa de sua irmã mais moça. Embora a maioria de indivíduos escolhidos como padrinhos de casa tivesse idade ‘legal’ para esse ofício (13 anos), **muitos eram adolescentes que, na prática, raramente são chamados para serem padrinhos na igreja. O caráter sagrado e íntimo, quase secreto, da cerimônia absorve filhos e irmãos pequenos, ainda ancorados ao lar, numa teia de cumplicidade doméstica.**

Welter (2007: 75), em sua pesquisa com os joaninos, também percebe que, nos ritos de batismo “não-eclesial”, tais laços de solidariedade se faziam presentes:

Visto de forma comparativa, é possível perceber que, diferente do rito eclesial, **o batismo não-eclesial é mais dinâmico, pois possibilita uma maior participação de padrinhos, colocando em destaque pessoas que ficariam em segundo plano no rito eclesial (mulheres e crianças) e, portanto, provoca uma inversão na ordem do cerimonial.** A participação de crianças, portadores de necessidades especiais, adultos não-católicos e santos como padrinhos são também formas de transgressão ao modelo institucional.

Na complexidade da análise, minhas enfermeiras poderiam ser compreendidas como “transgressoras” desse modelo institucional, ao mesmo tempo em que seriam as madrinhas ou “fadas-madrinhas” – mulheres de agência (ORTNER, 1996) – que, embora doutrinadas por uma “cultura da salvação” ou por um *habitus* católico, também poderiam ser pensadas como aquelas que acalentam o drama social destas mulheres em detrimento de sua própria dor. Afinal, como lembra Teresa, “*eu batizei não sei quantos pequeninos, muitos mesmo, e aquilo era terrível... causava muita dor... uma dor que nos destrói por dentro...*”.

Esses dramas são realidades profundamente imersas em domínios culturais e contextos sociais particulares, significados e ressignificados pelos atores e pelas atrizes sociais envolvidos/as nessa rede semântica que não se resume a uma realidade singular, mas a uma junção efetivamente preenchida de preceitos culturalmente religiosos que fazem parte de suas ações e reações.

Poderíamos refletir que o batismo realizado por minhas enfermeiras não diz respeito somente a um rito que eleva o feto morto do profano (pagão) ao sagrado (cristanizado). Ele também – e ao mesmo tempo – se contrapõe ao *segredo*, uma vez que insere simbolicamente o feto no mundo dos vivos, como pessoa, pois batizar é integrar o sujeito ao grupo e à cultura em que ele veio ao mundo.

Enfim, nos dois casos acima analisados, valores religiosos e laicos parecem conviver lado a lado, sendo acionados paralelamente ou concomitantemente para a resolução de dramas

envolvendo duas categorias de *pessoas*: mulheres grávidas de fetos inviáveis ou fetos que nascem vivos. Para as primeiras – as mulheres grávidas –, são acionadas prioritariamente ações e explicações *laicas*, centradas ora em argumentos científicos a respeito das poucas chances de sobrevivência dos fetos (que são já percebidos como *filhos* pelas mulheres), ora em argumentos feministas de defesa dos direitos das mulheres, do respeito ao corpo e da maternidade desejada. Para a segunda categoria de *pessoa* – os fetos nascidos vivos –, são acionados valores religiosos e práticas da religiosidade popular, expressas, entre outros, pelo batizado feito pelas enfermeiras, que se aproxima da prática de batizado em casa (FONSECA & BRITES, 1988), como forma de serem devidamente inseridos na vida social e de garantir que, ao morrerem, possam “ir para o céu” como “anjinhos”, categoria seguidamente associada à morte de bebês no Brasil. Assim sendo, ambos os casos demonstram, sob meu ponto de vista, uma clara oposição entre as “práticas laicas” e as “práticas religiosas” no campo do universo de representações dos profissionais de saúde tanto “aqui” como “lá” em se tratando dos contextos estudados.

Considerações Finais

No filme “O Segredo de Vera Drake”³²⁶, pode-se assistir à trajetória de uma mulher que, na década de 1950, em Londres, cumpria uma dupla “missão”: cuidar fervorosamente de sua família e realizar “em segredo” abortos clandestinos. Dentre outras perspectivas, a batalha entre “moralidade” e “legalidade” é o tema que persegue insistentemente o filme, demonstrando que o aborto era realizado por diferentes razões e por mulheres de distintas classes sociais. Para Vera, tratava-se de uma prática de compaixão para com as mulheres que não queriam ter filhos; para a lei, as boas intenções de Vera eram irrelevantes. A partir do momento em que o segredo sobre o aborto é revelado, a vida da personagem se transforma completamente: de mulher honesta, diarista, cuidadora e mãe, passa para o banco dos réus e é condenada pela prática do aborto.

Na Inglaterra contemporânea, mulheres como a personagem “Vera Drake” não são perseguidas da mesma maneira como nos anos 1950³²⁷. Este país, como tantos outros da Europa e da América do Norte (vários estados dos EUA e a Cidade do México)³²⁸, já descriminalizou o aborto em diversas condições, inclusive a pedido da mulher³²⁹.

Mas, em muitos outros, a distância entre “ficção” e “realidade” permanece: Irlanda e Polônia na Europa, alguns estados norte-americanos e a maioria dos países da América Central e do Sul³³⁰ ainda possuem leis consideradas por grupos feministas e pró-escolha bastante restritivas. Além disso, conforme observam algumas feministas acadêmicas brasileiras (SANTIN, 2000; ROCHA, 1996), constantemente estas leis são ameaçadas por mudanças a partir de Projetos que reivindicam restringir os permissivos legais sobre a

³²⁶ “O Segredo de Vera Drake” (2004), dirigido por Mike Leigh, conta a história de uma mulher que tem sua vida familiar destruída após a polícia descobrir sua participação ao ajudar mulheres a abortar. Vera trabalha como faxineira e realiza abortos (sem pagamento) como atividade paralela que esconde do resto da família. O filme se passa na Inglaterra na década de 1950 e conta com Imelda Staunton e Jim Broadbent no elenco (anexo 6). Para uma crítica deste filme, ver “Segredos nossos de cada dia” (TORNQUIST e CUNHA, 2007).

³²⁷ Isso não significa que grupos pró-vida não se façam presentes na Inglaterra, apenas indica as mudanças temporais em relação à lei.

³²⁸ No México, a Assembleia Legislativa da cidade do México aprovou, em 24/04/2007, a descriminalização do aborto na capital até as 12 semanas de gestação, apesar de forte pressão da Igreja Católica (Folha, 25/04/2007).

³²⁹ A pedido da mulher, por 10 semanas em Portugal; 12 semanas na Áustria, Alemanha, Bélgica, Dinamarca, França, Grécia, Luxemburgo; 13 semanas na Holanda e Itália; 18 semanas na Suécia e até 24 semanas na Inglaterra.

³³⁰ No Uruguai, o aborto havia sido descriminalizado até as 12 semanas de gravidez através de medida aprovada pelo Congresso com apoio de políticos da base do governo. Porém, o presidente do Uruguai, Tabaré Vázquez, vetou, dois dias depois, o artigo que previa a legalização do aborto e que fazia parte do projeto da Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva, aprovado pelo Congresso Nacional (BBC Brasil, 13/11/2008).

realização do aborto – mesmo que haja risco de morte para a mulher –, a exemplo do que acontece constantemente no Brasil.

Segundo Myrian Aldana Santin (2005), integrantes da igreja católica, assim como evangélicos e espíritas kardecistas, pressionam os parlamentares para que votem contra qualquer projeto de lei sobre o aborto legal – a exemplo da PL 20/91 –, além de interferirem nos trâmites das comissões técnicas da Câmara e do Senado, às quais tais projetos de lei são submetidos antes de serem efetivamente votados. A partir da postura desses sujeitos, ainda existe a possibilidade de retrocessos na lei³³¹.

Em Portugal, até recentemente se assistia a julgamentos de mulheres e de profissionais de saúde acusadas/os pelo “crime” de aborto. Com a nova lei, estes julgamentos foram encerrados, e, a partir de 2007, o aborto pode ser realizado pelas mulheres até as 10 semanas de gestação, além de permanecerem as alíneas anteriores do Código Penal Português.

No Brasil, por outro lado, “a vida imita a arte”, e assiste-se, em 2009, à perseguição e ao julgamento de quase dez mil mulheres no Mato Grosso do Sul ao ser revelado o “segredo” de uma clínica que há muitos anos praticava o aborto.

E, entre perseguições e julgamentos, o projeto de “excomunhão” por parte de setores religiosos também faz parte de uma espécie de “perseguição”, embora não somente de abortos relegados ao segredo da clandestinidade, mas do mesmo modo ao enalço dos raros casos em que o aborto é permitido legalmente. Aldana Santin (2005), argumenta que a igreja católica no Brasil tem interferido “decisivamente na construção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres”, observando que esta instituição vem marcando sua presença direta no Congresso Nacional brasileiro fundamentando-se em pressupostos “essencialistas” e “fundamentalistas”, os quais representam a defesa “incondicional da vida”.

Dessa forma, o aborto, afirmado como “problema de saúde pública” pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão em 2008 e endossado pelo Presidente brasileiro Luiz Inácio Lula da Silva, parece não encontrar ressonância num país que decretou sua laicidade nos idos do século XIX.

Mesmo com os esforços de diversos setores, a exemplo dos grupos de mulheres e feministas, poucas modificações podem ser observadas no que diz respeito à legislação do

³³¹ A exemplo dos acordos realizados entre Brasil e “Santa Sé”. No último dia 12/08/2009, por exemplo, houve reunião para votação em caráter de urgência, durante a Reunião Ordinária Deliberativa da Comissão de Relações Exteriores e de Defesa Nacional, com o objetivo de votar o acordo que institui o Estatuto Jurídico da Igreja Católica no Brasil (e-mail recebido em 11/08/2009 - ccr@cebrap.org.br).

aborto, como a criação das Normas Técnicas do Ministério da saúde que exigiram do SUS o atendimento dos casos previstos em lei ou ainda a revisão do Código Penal Brasileiro, conforme pautado pela comissão tripartite.

E, nesse ponto, o “cultivo ao segredo” reaparece no que pode ser designado como um drama social vivido pela menina Estrela: o aborto legal no Brasil, particularmente no hospital investigado em Santa Catarina – que adotou o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual e do aborto legal –, acabou por “omitir”, “postergar” e “semi-revelar” informações. Tal postura demonstrou o caráter possivelmente proibitivo em relação ao aborto – legal ou não – sobre aquilo que não deve ser “dito”, “visto”, “reconhecido”, “revelado”, tampouco “pronunciado”. E o significado do silêncio sobre o aborto por estupro também se revelou uma espécie de segredo no *além-mar*, leia-se Portugal, tal qual observado na terra *brasilis*.

Na análise sobre o “segredo”, Simmel (1939) sugere que é nas ocorrências individuais que este também adquire “um caráter cada vez mais privado, cada vez mais apto a permanecer secreto”, o que nos remete, mais uma vez, aos *segredos* de “Vera Drake”, ou ainda aos de “Otília”, “Gabi”³³² e de tantas outras: *segredos* em relação aos abortos clandestinos ocultados pelas mulheres – muitos deles permitidos ou com jurisprudência – devido à não permissividade da lei.

Todavia, este segredo, ao ser revelado – a exemplo da denúncia realizada contra 1.250 mulheres de Campo Grande/MS, conforme mencionado –, torna público o “caráter do privado” anteriormente referido por Simmel, tendo como consequência, conforme argumento de organizações feministas, uma efetiva perseguição a estas mulheres e também àquelas que tentam “defender sua autonomia e seus direitos reprodutivos”³³³ (Carta Denúncia CDD, 02/02/2009).

E, entre *segredos* revelados e camuflados, profissionais especializados em saúde fetal manipulam diariamente exames de ultrassom e revelam à gestante – também aos pais e a outros parentes – a situação geral do feto. Tais profissionais desvendam, através desses exames, os *segredos* que envolvem a saúde do feto e, do mesmo modo, seus *segredos de gênero*, os quais se transformam em “pessoas” a partir de seus retratos e filmes tridimensionais (CHAZAN, 2000). Assim, os profissionais, através das novas tecnologias biomédicas, tornam público o que antes era considerado privado, envolto no segredo

³³² Personagens do Filme “Quatro meses, 3 semanas e dois dias”, um excelente filme que caracteriza fortemente “outras” consequências do aborto clandestino e ue foi o ganhador da Palma de Ouro em Cannes, conforme comentado.

³³³ Conforme já falado no capítulo metodológico.

(SIMMEL, 1939). Suas opiniões muitas vezes definem o futuro destes seres, embora todos garantam que a decisão sobre a manutenção do feto – respectivo às malformações graves e ao risco de morte da gestante – ou realização de um aborto sempre dependerá da mulher ou do casal (TAMANINI, 2003).

Por outro lado, dificuldades burocráticas podem postergar o acesso ao aborto legal; e os/as agentes sociais, numa atitude de resistência (ORTNER, 1996), transformam o segredo revelado pelos exames de ultrassom num “segredo camuflado”, a partir do momento em que buscam alternativas emergenciais através do abortamento clandestino. Assim foi o caso de Rafaela, que acabou por passar e repassar pelas quatro fases principais de ação pública (ruptura de relações sociais formais, crise, ação corretiva e reintegração) sugeridas por Turner (1974), embora, conforme destaque, tenha sido “acolhida” por um médico “idealista”.

Chamam a atenção, nos casos de *Estrela* e de *Rafaela*, a não realização do teste de DNA do feto (por estupro/aborto legal) e o desaparecimento do feto abortado (malformação grave/aborto “ilegal”) no espaço hospitalar. Tal agenciamento expõe estratégias de ocultamento e segredo relativos ao que não pode ser “dito”, “visto” ou “revelado”, tanto no hospital pesquisado como na clínica particular – instituições, respectivamente, que silenciam o ato do abortamento, legal ou não, mais uma vez relegados ao segredo.

Questões religiosas não parecem vir apreendidas somente do catolicismo, religião oficial desses dois países, mas de apreensões que circundam doutrinas alternativas – se assim posso chamá-las –, tais quais, e principalmente no hospital pesquisado no Brasil, as espíritas kardecistas³³⁴.

Neste sentido, é interessante apreender como, num ambiente muitas vezes pensado como eminentemente biomédico (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005), afloram determinadas motivações religiosas em torno do aborto, inclusive em casos especiais de fetos inviáveis, como apresentado. Tais motivações confirmaram a tese de que meus interlocutores/as recorreriam, dentre outras disposições, a argumentos místicos e/ou metafísicos para dar sentido a suas práticas sociais. Em suas cosmologias, religião e/ou religiosidade assumem um lugar de importância nesse jogo que se estabelece entre práticas e representações, a partir de dramas sociais suscitados, implícita ou explicitamente, em torno de suas experiências diárias. E o batizado de *Rosarinho*, no hospital de Portugal, não deixou dúvidas quanto a isso.

No entanto, o trabalho etnográfico demonstra diferenciadas disposições entre os profissionais de saúde no que diz respeito às questões de religião ou de religiosidade,

³³⁴ Nesse aspecto, ver Bernardo Lewgoy (2004) e Rozeli Porto (1996).

especialmente quando estão em jogo “concepções de vida” e o estatuto moral do feto (SALÉM, 1997; DINIZ, 2003).

Conforme demonstrado, mesmo acreditando que o feto se torna *pessoa* somente após a concepção, observei que, em casos de malformação grave, isso não implica, para os/as profissionais de saúde brasileiros/as, o compromisso ético em realizar o aborto. Tampouco implica que aqueles/as que acreditam que a vida se inicia na concepção – tal qual uma dádiva divina deixem de compactuar com o aborto ou de fazê-lo. Suas práticas e representações perante esses acontecimentos acarretaram, sob meu ponto de vista, quatro grupos distintos: a) profissionais que são a favor do aborto por malformação e o realizam (4 médicos, 2 enfermeiras; 1 assistente social); b) profissionais que são a favor do aborto por malformação, mas não o realizam ou têm dúvidas sobre realizá-lo (1 médico não faz; 1 médico, 1 enfermeira e 1 assistente social apresentaram dúvidas); c) profissionais que são contra o aborto por malformação e efetivamente não o realizam (4 enfermeiras); d) profissionais que são contra o aborto por malformação, mas o realizam (2 enfermeiras e 1 enfermeiro)³³⁵.

No entanto, há uma coerência do grupo quanto a salvar a vida da gestante em detrimento da vida do feto em qualquer circunstância, o que significa ser extremamente importante nas representações de meus/minhas informantes brasileiros/as sobre quando “se deve ou não fazer aborto”.

Do mesmo modo, entre as/os profissionais de saúde entrevistadas em Lisboa (2 médicas, 6 enfermeiras e 1 enfermeiro), encaixei os/as profissionais de saúde entrevistados/as em 3 categorias: a) profissionais que são a favor do aborto por malformação e o realizam (2 enfermeiras e 2 médicas); b) profissionais que são contra o aborto por malformação e efetivamente não o realizam (2 enfermeiras); c) profissionais que são contra o aborto por malformação, mas o realizam (3 enfermeiras). Cinco dentre as enfermeiras consideravam-se objetoras de consciência. Mas apenas duas delas não participavam da realização do aborto. Duas enfermeiras o realizavam em quaisquer condições, assim como as duas médicas.

Note-se que, no caso português, estou aqui me referindo a quaisquer alternativas de aborto, seja por malformação, estupro ou a pedido da mulher, ao contrário dos/das brasileiros/as, que responderam de acordo com as leis do Código Penal vigente, especificamente sobre a jurisprudência em torno das malformações fetais graves.

Também se pode apreender que as ações refletidas nas narrativas e comportamentos de alguns profissionais dizem respeito a uma religiosidade não admitida – como também ocorre

³³⁵ Essa classificação, conforme comentado, poderia ser a mesma em casos de aborto por estupro.

no caso brasileiro –, 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 a partir de suas representações sobre o aborto. Tal premissa pode ser observada especialmente entre as profissionais que chamam especialistas para fazerem reviver o feto malformado, a exemplo da enfermeira Patrícia em Portugal ou de alguns outros profissionais de saúde brasileiros, conforme relatado pelo enfermeiro Amadeu.

Os/as profissionais de saúde que participaram desta pesquisa ainda discursaram sobre os diversos posicionamentos de outros/as colegas, especialmente no que diz respeito às motivações sobre o tema aborto: além das questões que envolvem religião ou religiosidade, ainda outros como ética, moral e legalidade configuram o campo cosmológico deste grupo investigado.

Percebe-se, através dos discursos, que a objeção de consciência – mais aparente em Portugal do que no Brasil – é invocada e se torna poder simbólico (BOURDIEU, 1989) nas mãos dos profissionais de saúde brasileiros e lusitanos, os quais invocam tal protocolo não somente por razões religiosas, legais, éticas ou morais. Conforme registra a médica portuguesa, Dra. Mariana, e as enfermeiras portuguesas Luciana e Raquel, 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”.

Nessa direção, a feminista portuguesa Manuela Tavares observa que a moral conservadora que cobriu Portugal por muitos anos ainda encontra resquícios na contemporaneidade. E uma das principais barreiras para a conquista das mulheres, principalmente em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos, é a força que teve e que ainda possui o que denomina de “patriarcado”.

Em Portugal, é interessante observar que a modificação das leis do aborto não se justificou num aumento ou recuo religioso, segundo relatado por minhas interlocutoras lusitanas. As enfermeiras Alice, Teresa e Raquel, como outros/as com quem conversei informalmente, afirmaram que o partido socialista português fez uma promessa de campanha durante as eleições garantindo a ampliação das leis do aborto. Além disso, Portugal necessitava cumprir acordos com a União Europeia, e as leis do aborto certamente fizeram parte desse compromisso. Embora as leis em Portugal tenham sido ampliadas, isso não significa que o fato impeça a ingerência de conflitos entre os adeptos pelo “sim” e pelo “não”

ao aborto. Organizações – a exemplo da APFN – criticam essa medida e argumentam que não será com a descriminalização que o aborto clandestino irá diminuir. Ao contrário, outras organizações favoráveis à descriminalização – a exemplo da UMAR e da APF – acreditam que essa medida irá diminuir significativamente o número de abortos clandestinos e que a lei assegurou “o direito de decidir das mulheres portuguesas”, conforme destacou em entrevista um dos diretores da APF.

Frente a essas considerações, teóricas portuguesas com as quais tive contato relataram que o feminismo em Portugal carece de força e de empenho perante suas reivindicações, tanto que a mudança da lei não dependeu, necessariamente, de pressões feministas, mas partiu de acordos entre políticos portugueses e europeus. Do mesmo modo, tal qual expresso no livro da médica e ginecologista Ana Campos (2007), os movimentos de mulheres, enquanto estruturas autônomas, tiveram pouca participação durante os referendos de 1998 e de 2007 relativos à descriminalização do aborto, conferindo que os “Médicos pela Escolha” têm muito pouco contato com as feministas. E tal premissa foi por mim identificada quando entrevistei Manuela Tavares da UMAR, uma das únicas organizações feministas que teve participação mais ativa no referendo. A feminista portuguesa relatou, muito emocionada, que Portugal iria realizar, no ano de 2008, um Congresso Feminista, *80 anos depois* de o último evento do gênero ter sido realizado naquele país – congressos que, no Brasil, se realizam anualmente ou bianualmente (a exemplo do Fazendo Gênero em Santa Catarina). Além disso, demarca-se a participação ativa dos vários e diferenciados Movimentos de Mulheres e Feministas espalhados pelo Brasil na luta pelos direitos das mulheres, tal qual apresentado nesta tese. Ao contrário do feminismo existente em Portugal, qualquer mudança mais efetiva em relação às leis do aborto, em particular, e de questões que envolvem a sexualidade e a saúde das mulheres, em geral, partiram e partem frequentemente dos diferentes grupos feministas brasileiros.

Enfim, a pesquisa “comparativa” envolvendo Brasil e Portugal demonstrou trazer grande riqueza para a análise de meus dados. Guardadas suas especificidades, tal “comparação” expôs complexidades, *segredos*, dilemas e controvérsias existentes entre as leis do aborto nestes dois países, tanto em situações em que o aborto é proibido como em situações nas quais ele é permitido. E a polêmica, nesse aspecto, não está somente na quantidade de abortos realizados ou nos tipos permitidos, uma vez que, tanto no Brasil como em Portugal, existem resistências em relação ao aborto. Pode-se observar, especialmente no Brasil, como o caso da malformação fetal é um exemplo do “campo de disputas” entre os/as agentes biomédicos/as, feministas, religiosos e jurídicos, refletindo nele a centralidade dos

debates sobre “vida” e “morte” em nossa cultura. E, nesse campo multissituado, o que está em jogo é a concepção de “vida” ou a “noção de pessoa” no que diz respeito ao estatuto moral do feto (SALÉM, 1997), seja nas posições religiosas, seja nas da sociedade mais ampla, presas as várias manifestações do segredo.

Resta ainda refletir sobre o futuro dessas leis, sobre sua aplicabilidade, possíveis alterações e sua relação efetiva com a população, especialmente no que diz respeito ao Estado, à saúde e à religião. Outras pesquisas são imprescindíveis sobre o tema, para averiguar, por exemplo, quais mudanças seriam necessárias para diminuir o número de mortes maternas pelos abortos clandestinos – pesquisas qualitativas e quantitativas de aspecto tanto antropológico como de cunho médico e demográfico. Instituições feministas como a CEPIA, CNDM, Católicas pelo Direito de Decidir, AMB e tantas outras que fazem parte das Jornadas pelo Aborto Legal e Seguro no Brasil, assim como a UMAR e a APF em Portugal, lançam campanhas na tentativa de instruir e sensibilizar a população quanto às mortes pelo aborto realizado fora das condições de segurança nos dois países, bem como de orientar e discutir como e de que modo ampliar os serviços de atendimento ao aborto legal no Brasil e melhorar os serviços de atendimento ao aborto legal em Portugal; de pensar de que forma dar visibilidade, incentivo aos profissionais de saúde e como levar ao conhecimento da população – trabalhadores/as e usuários/as – esses serviços, uma vez que, nos hospitais brasileiros, conforme constatado pela pesquisa IBOPE/CDD (2006), nem mesmo os/as funcionários/as reconhecem a existência destes em alguns estados. O NIGS/UFSC dá um ótimo exemplo ao realizar diversas oficinas de gênero, proporcionando informações a esse respeito a professores/as e alunos/as das escolas de nível médio em Santa Catarina. Nos hospitais portugueses, o problema aparece na quantidade de profissionais objetores/as de consciência, os/as quais acabam por sobrecarregar os/as colegas não objetores/as. Nesse caminho, quais deveriam ser as estratégias utilizadas para que os/as profissionais de saúde fossem motivados/as a participar de capacitações e treinamentos relativos ao aborto legal? Porque os treinamentos existem, tanto no Brasil como em Portugal. Oficinas e capacitações são oferecidas aos profissionais inclusive por ONGs feministas, como as CDD no Brasil e a APF em Portugal, ambas realizando seminários e outros eventos para melhor capacitar esses profissionais. O que fazer, então, para que estes profissionais se envolvam mais com a questão?

Penso que pesquisas sobre a laicidade do Estado também se tornam imprescindíveis, principalmente as que possibilitem instrução para a população de forma geral. Segundo me dizia uma das feministas da CDD, “o pecado” em relação ao aborto ainda é assim

compreendido pela população porque ela desconhece o que realmente “seja” e/ou “signifique” um aborto em sua complexidade. Neste sentido, como tento demonstrar nesta pesquisa, ele é constantemente ocultado, relegado ao segredo diante das mais diversas situações.

Outro assunto que percebi instigar principalmente minhas interlocutoras portuguesas dizia respeito ao Planejamento Familiar. Todas tocaram no assunto, e uma delas observou que tal planejamento deveria ser levado “mais a sério” tanto pela população como pelo Estado. E a pergunta era: “como esclarecer e convencer a população, de modo geral, da necessidade do planejamento familiar?”. Outro questionamento relacionava o planejamento com os métodos anticoncepcionais: “como se poderia lidar com complexidade da população, diante da recepção em torno de contraceptivos que maltratam (anticoncepcionais que causam náuseas, dores de cabeça, etc.), causam alergias (a exemplo de alguns preservativos) ou que afetam “a sexualidade” (mesmo que “psicologicamente”) de alguns homens e mulheres diante de sua utilização?”. E, ainda, a maior preocupação de todos/as os/as meus/minhas interlocutores/as lusitanos/as tratava sobre a gravidez na adolescência, sobre como era “paradoxal”, num mundo “globalizado”, em meio a uma carruagem de informações, os/as adolescentes *desconhecerem* de que maneira se utilizam métodos contraceptivos ou se iludirem pensando que não haveria necessidade de utilizá-los. A enfermeira Raquel se impressiona pela mentalidade de muitas adolescentes:

Por que engravidam as adolescentes? Não sabem usar os métodos anticoncepcionais? E conhecem os métodos... Muitas das adolescentes têm aquele pensamento mágico de que, se for com muito amor, não engravida. A primeira vez nunca se engravida, se não houver penetração não se engravida. Portanto, elas sabem que as amigas engravidaram, sabem que é possível engravidar, mas acreditam que com elas não vai acontecer.

Diante disso, pesquisas com e sobre adolescentes, além de seminários e oficinas de educação sexual e de gênero, seriam imprescindíveis para essa faixa etária da população em Portugal, assim como no Brasil. Investigações a exemplo da GRAVAD (“Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil”), realizada por pesquisadores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e das Universidades Federais do Rio Grande do Sul e da Bahia, procuram descrever, dentre outros assuntos, a gravidez na adolescência a partir do ponto de vista dos/as jovens³³⁶. Além disso,

³³⁶ As entrevistas realizadas com 4.634 jovens de 18 a 24 anos no Rio de Janeiro, em Porto Alegre e em Salvador revelaram, diante do aborto, que os dados relativos ao desejo das moças em provocá-lo (15,5%), ou mesmo de

retornando especificamente as investigações em hospitais³³⁷ e maternidades, penso que se faz absolutamente necessária a realização de pesquisas de cunho antropológico sobre os temas ligados a sexualidade, saúde e reprodução, inclusive e principalmente sobre o aborto. Nesse campo, poucas são as pesquisas brasileiras e raríssimas são as investigações antropológicas portuguesas, pelo menos até o ponto onde pude investigar. Ainda, a autorização ao uso de embriões humanos para pesquisa com células-tronco no Brasil representa ser um tema importantíssimo para novas pesquisas tanto no campo biomédico como no campo das ciências sociais e humanas.

Por fim, outras questões se instalam, e é muito difícil alcançar, em pesquisas realizadas em “sociedades complexas” em campo multissituado, conclusões fechadas acerca do assunto que se pretendeu abordar. Estas certamente se encaminharão para outros campos, à procura de “novas tartarugas” e de outros *segredos*...

tentar fazê-lo (11,2%), e as declarações masculinas de que desejavam que suas parceiras fizessem um aborto (20%) “são sociologicamente importantes”. Segundo as pesquisadoras, “estes resultados tornam o debate acerca da gravidez na adolescência mais complicado. Isto porque, dada a ilegalidade do aborto no país, as interrupções ou tentativas de interrupção do processo gestacional são deixadas de fora deste debate, o que constitui o lado oculto [*sempre o segredo*...] da discussão sobre a tão condenada gravidez na adolescência” (HEILBORN et al, 2006).

³³⁷ Sobre pesquisas realizadas em hospitais portugueses, ver Carapinheiro (1995).

8. BIBLIOGRAFIA

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

ALDANA, M. (2008). “Vozes católicas no Congresso Nacional: aborto, defesa da vida”. *Revista Estudos Feministas*, vol.16, n.2 (pp. 639-646).

ALMEIDA, A. N. (2004). “*Fecundidade e Contracepção: Percursos de Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas*”. Imprensa de Ciências Sociais: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

ALVES, Branca Moreira (1980). *Ideologia do Feminismo*. Petrópolis: Vozes, 1980.

ALVES, Branca Moreira e PITANGUY, Jaqueline (1981). *O que é feminismo*. São Paulo, Brasiliense. (Coleção Primeiros Passos, 44).

ANTUNES, M. S. C. e PATROCÍNIO, C. (2007). “A Malformação do Bebê. Vivências Psicológicas do Casal”. *Psicologia, SAÚDE & DOENÇAS*, 8 (2), 239-252. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

APPADURAI, A. (1986). “Theory in Anthropology: center and periphery”. In: *Comparative Studies in Society and History*, 29, 1986.

ARDAILLON, D. e DEBERT, G. (1987). *Quando a vítima é mulher: análise de julgamentos de crimes de estupro, espancamento e homicídio*. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

ARIÈS, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro, editora Zahar.

ASSIS, G. O. (2004). *De Criciúma para o mundo: rearranjos familiares e de gênero nas vivências dos novos migrantes brasileiros*. Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. (2003). “Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros”. In BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp.

BADINTER, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

BAIRD, R. e R. S. (1989). *The Ethic of abortion: Pro-life & Pro-choice*. BAIRD, Robert e ROSENBAUM, Stuart (Edt.), Prometheus Books, Buffalo, New York.

BALTAR DA ROCHA, M. I. (2006). “A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese”. Núcleo de Estudos de População/Unicamp. Fazendo Gênero VII. ST: Aborto: Conquistas e Desafios, UFSC.

BANDEIRA, L. e ALMEIDA, Tânia M. C. (1999). “O pai-avô: o caso de estupro incestuoso do pastor”. In: *Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal*. Brasília (Paralelo 15): Editora Universidade de Brasília.

BANDEIRA, L. e SÚAREZ, M. (Orgs.) (1999). “Um recorrido pelas estatísticas da violência sexual no Distrito Federal”. In: *Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal*. Brasília (Paralelo 15): Editora Universidade de Brasília.

BARSTED, L. (1992). Legalização e descriminalização do aborto no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 0, 1992. p. 106.

BARSTED, L. (1993). *Relatório do Encontro Saúde e Direitos Reprodutivos: Um Debate entre Mulheres*. Rio de Janeiro: CEPIA.

BARSTED, L. (1997). “O movimento feminista e a descriminalização do aborto”. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 397.

BASTIDE, R., 1981, “Le principe d’individuation (contribution à une philosophie africaine)”. In: DIETERLEN, G. (dir.). *La Notion de Personne en Afrique Noire*. Paris, Editions du CNRS.

BASTOS, C. (2002). *Ciência, poder, acção: as respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

BECKER, H. S. (1993). *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora HUCITEC.

BEDONE, A. J. e FAÚNDES, A. (2007). “Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas”. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.23, no.2.

BOURDIEU, P. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.

BRAZEAL, B. (2005). *Segredos, Fofoca e Divindades*. Oxford: Resenha tese de doutorado de Paul Christopher Johnson (2002) *Secrets, Gossip and Gods*, Universidade de Chicago, Departamento de Antropologia (Afro Ásia 32, pp. 315).

BRUMANA, F. G. (2006). “Griaule e a etnografia do segredo”. *Antropologia Francesa no Século XX*. Prefacio Nathan Watchel; Grossi, M.; Cavignac, J.; MOTTA, A. – Recife. Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana.

BUGLIONE, S. (2007). “Feto, Imposto de Renda e Bom Senso”. *Correio Braziliense: Caderno Direito e Justiça*: Brasília.

BUTLER, J. (2003). *Problemas de gênero*. Feminismo e subversão de identidade (trad. Renato Aguiar). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CALDEIRA, T. P. (1988). “A presença do autor na pós-modernidade”. In: *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n° 21.

CAMPOS, A. (2007). *Crime ou Castigo? Da perseguição contra as mulheres até a despenalização do aborto*. Ed. Almedina, Coimbra.

CAPRARA, A. (1998). Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença. In: ALVES, Paulo C & RABELO, Miriam C (org.) *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Rio: Relume Dumará.

CARAPINHEIRO, G. M. G. S. (1995). *Saberes e Poderes no Hospital*. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. (2004). “Pesquisa ‘em versus’ pesquisas ‘com’ seres humanos”. In: *Antropologia e ética: O debate atual no Brasil/Ceres Victora, Ruben Oliven, Maria Eunice Maciel e Ari Pedro Oro (Orgs.) – Niterói, EdUFF*.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. (1988). *Sobre o pensamento antropológico*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, Brasília: CNPq.

CARDOSO de OLIVEIRA, R. (2000). “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever”. In *O trabalho do antropólogo* (2º Ed., Cap. 1, pp.220). Brasília: Paralelo 15. São Paulo: Editora UNESP.

CARDOSO, R. (1986). “Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método”. In *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Ruth Cardoso (Org.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

CARVALHO PINTO, M.L.S.M. (2005). *Interrupção Médica da Gravidez após diagnóstico pré-natal de doença fetal ou materna*. Um estudo numa Maternidade pública de Lisboa. Dissertação. Mestrado em Comunicação em Saúde . Universidade Aberta, Lisboa.

CARVALHO, J. J.(1985). “A Racionalidade Antropologica em Face do Segredo”. *Anuário Antropológico*, Rio de Janeiro, p. 214-222, 1985.

CAVALCANTE, A. BUGLIONE, S. (2008). “Pluralidade de vozes em democracias laicas: o desafio da alteridade”. In: Mônica Bara Maia. (Org.). *Direito de decidir: múltiplos olhares sobre aborto*. Belo Horizonte: Autêntica, v. , p. 105-140.

CAVALCANTE, A. e XAVIER, D. (Orgs.) (2006). *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. Católicas pelo Direito de Decidir.

CAVALCANTE, A. e BUGLIONE, S. (2008). “Pluralidade de vozes em democracias laicas: o desafio da alteridade”. In: *Direito de Decidir: Múltiplos Olhares sobre o aborto*. MAIA, Mônica Bara (Org.). Belo Horizonte, Autêntica Editora.

CHAZAN, L. K. (2000). *Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como pessoa através da tecnologia de imagem*. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

CHAZAN, L. K. (2005). “Meio quilo de gente!” *Produção do prazer de ver e construção da Pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia*. Um estudo etnográfico em clínicas de imagem na

cidade do Rio de Janeiro. 2005. 2v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CLIFFORD, J. (1986). “Introduction: Partial Truths” In: *Writing Culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkley e Los Angeles: University of Califórnia Press, 1986.

CLIFFORD, J. (1998). *A Experiência Etnográfica: Antropologia e Literatura no século XX*. GONÇALVES, R (Org.), RJ, Editora UFRJ.

CODONHO, C. (2007). *Aprendendo entre pares: a transmissão horizontal de saberes entre as crianças indígenas Galibi-Marworno (Amapá-Brasil)*. Florianópolis: Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

COLAS, O. R. (1996). *Abortamento Legal por Estupro: resultados de um Programa Público – Município de São Paulo*. (CIDADE): Mestrado em Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina/UNIFESP (Orientadora: Prescilla Chow Lindseyoze).

CORRÊA, M. (1981). *Os Crimes da Paixão*. São Paulo: Brasiliense.

CORRÊA, M. (1983). “*Morte em família*”. São Paulo: Graal.

COSTA, Albertina et al (1985). “Pesquisa sobre mulher no Brasil: do limbo ao gueto?”. *Cadernos de Pesquisa*, n. 54, ago.

COULOURIS, D. G. (2004). *Violência, Gênero e Impunidade: A construção da verdade nos casos de estupro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, SP.

CRAPANZANO, V. (1991). “Diálogo”. In: *Anuário Antropológico/88*, Editora UnB, 1991.

CUNHA, A. L. S. (2007). *Pessoa e Direito, Corpo e Ciência: negociando preceitos cosmológicos em torno da legalização do aborto*. Brasília: Dissertação de Mestrado em Antropologia, Universidade de Brasília.

CUNHAL, A (1997 [1940]). *Aborto: causas e soluções*. Editora Campo das Letras, Porto, Portugal.

DAMATTA, R. (1978). “O ofício do etnólogo, ou como ter Anthropological Blues”. In: NUNES, Édson de Oliveira (Org.). *A Aventura Sociológica*. Biblioteca de Ciências Sociais, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1978.

DA MATTA, R. (1976). *Um Mundo Dividido: a estrutura social dos índios Apinayé*. Petrópolis: Vozes. (Coleção Antropologia, nº 10).

DEBERT, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP.

DEBERT, G. G. “Ética e as novas perspectivas na pesquisa antropológica”. In: *Antropologia e ética: O debate atual no Brasil*/Ceres Victora, Ruben Oliven, Maria Eunice Maciel e Ari Pedro Oro (Orgs.) – Niterói, EdUFF, 2004.

DELMANTO, C. (Org.) *Código Penal Comentado*, 2ª ed. Rio de Janeiro, Renovar, 1988. p.389.

DINIZ, D. (2003). “Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juizes em cena”. In GROSSI, M.; PORTO, R. e TAMANINI, M. (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios* (pp. 196). Brasília: LetrasLivres (Coleção Bioética),

DINIZ, D. e ALMEIDA, M. (1998). “Bioética e Aborto”. In: *Iniciação à Bioética*. Coordenadores: Sérgio Ibiapina Ferreira & Costa, Gabriel Oselka e Volnei Garrafa (pp.125-137). Brasília: Conselho Federal de Medicina.

DINIZ, D. e COSTA, D. (2003). *Aborto por Anomalia Fetal*. Brasília: Coleção Radar. Pp. 152 .

DINIZ, D. e RIBEIRO, D.C. (2003). *Aborto por anomalia fetal*. Brasília, D. DINIZ, 152 p.

DINIZ, Débora. (2004). *Anencefalia e Supremo Tribunal Federal*. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb). Brasília: Letras Livres(Coleção Radar; 2), pp. 152.

DIRKS, N.; ELEY, G.; ORTNER, S. (1993). “Introduction”. In: *Culture, power, history: a reader in contemporary social theory*. DIRKS, N., ELEY, G., and ORTNER, S. (Editors). P. em. – (Princeton studies in culture/power/history).

DOSSIÊ ABORTO (2008). *Revista Estudos Feministas*, v.16 n.2 Florianópolis maio/ago.

DOUGLAS, M. (1976). *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva,

DUARTE, L.F. D. (2003). “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença”. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, pp. 173-183.

DUARTE, L.F.D. (2005). “Ethos privado e justificação religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira”. In: HEILBORN, Maria Luiza et al. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond,. p. 137-176.

DUMONT, L. (1985). *O Individualismo. Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna*. Rio de Janeiro, Rocco.

DURHAM, E. (1986). “A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas”. In: *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Ruth Cardoso (Org.). Rio de Janeiro, Paz e Terra.

DURKHEIM, É. (1989 [1912]). *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. São Paulo, Editora Paulinas.

DWYER, S. (1998). “Entendendo o Problema do Aborto”. In ROSENFELD, Denis. *Filosofia Política* (Vol. 2, pp.124-150). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

EVANS-PRITCHARD, E.E. (1978). *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio: Zahar.

FAÚNDES A., OSHIKATA C. T., BEDONE A.J. (2005). “Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão”. *Cad Saúde Pública* 21, pp.192-9.

FAÚNDES, A. e BEDONE, A. J. (2007). “Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas”. In *Caderno Saúde Pública* (vol.23, no.2). Rio de Janeiro.

FELIPE, S. T. e PHILIPPI, J. N. (1998). *O corpo violentado: estupro e atentado violento ao pudor: um ensaio sobre a violência e três estudos de filmes à luz do contratualismo e da leitura cruzada entre direito e psicanálise*. Florianópolis: Ed. da UFSC, pp.116.

FISCHER, M. (1985). “Da Antropologia Interpretativa à Antropologia Crítica”. In: *Anuário Antropológico* 83, Direção: Roberto Cardoso de Oliveira, Ed. UFC, Tempo Brasileiro.

FONSECA, C. (2004). “A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA”. In: *Estudos Feministas*, 12(2): 13-34. Florianópolis.

FONSECA, C. (2000). *Família, Fofoca e Honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS.

FONSECA, C. e BRITES, J. (1988). “O batismo em casa: uma prática popular do Rio Grande do Sul”. *Cadernos de Estudos do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social*- nº 14. Porto Alegre: PPGAS/UFRGS.

FONSECA, C. (1995). *Caminhos da Adoção*. São Paulo: Cortez.

FONSECA, C. (1998). “Quando cada caso NÃO é um caso: Pesquisa Etnográfica e Educação.” Trabalho apresentado na XXI Reunião Anual da ANPED, Caxambu.

FOUCAULT, M. (1995). “O Sujeito e o Poder”. In: *Michel Foucault, uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rabinow, P. e Dreyfus, H.L.-Forense Universitária, São Paulo.Coleção: Coleção Campo Teórico

FREUND, J. (2000). *Sociologia de Max Weber*. 5. ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária.

FRYDMAN, R. (1997). *Dieu, La Médecine et L'Embryon*. Editions Odile Jacob, pp.293.

GALLI B.; GOMES, E.; e ADESSE L. (2006). Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção. *Informativo eletrônico do IPAS Brasil*, Edição nº 25, SET/OUT.

GALLI, B. e SYDOW, E. (2009) “O debate sobre o aborto no Brasil: avanços, retrocessos e perspectivas”. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Informativo Eletrônico de IPAS Brasil. Edição n. 40 – maio.

GEERTZ, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.

- GEERTZ, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- GEERTZ, C. (1997). *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Tradução de Vera Mello (pp. 366). Joscelyne. Petrópolis: Vozes
- GIAMI, Alain; VEIL, C. *Enfermeiras frente à AIDS*. Representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: ULBRA/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1997.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. (2005). “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.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. (2005). *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- GIUMBELLI, E. (2002). “Para além do 'trabalho de campo': reflexões supostamente malinowskianas”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 48, p. 91-107.
- GOFFMAN, E. (1980). “A elaboração da face”. In FIGUEIRA, S. (Org.). *Psicanálise e ciências sociais* (pp. 76-114). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- GOFFMAN, E. (1982). *Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- GOLDBERG, A. (1987). *Feminismo e Autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- GOLDMAN, M. 1996. “Uma Categoria do Pensamento Antropológico: A Noção de Pessoa”. *Revista de Antropologia*, v. 39, n. 1, p. 83-109.
- GOLDMAN, Márcio (1999). *Alguma antropologia*. Relume Dumará: Rio de Janeiro.
- GOLDMAN, M. (2003). “Os Tambores dos Mortos e os Tambores dos Vivos. Etnografia, Antropologia e Política em Ilhéus, Bahia”. *Revista de Antropologia* 46 (2): 445-476.
- GOLDMAN, M. “Antropologia contemporânea, sociedades complexas e outras questões”. In: *Anuário Antropológico/93*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.
- GOLLOP, T. (2004). “Riscos Graves à Saúde da Mulher”. In *Anencefalia: O Pensamento Brasileiro e sua Pluralidade*. Informativo Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Brasília.
- GOMES, E. de C. (2008). “Resistências e possibilidades de diálogo: sobre aborto e reações político-religiosas”. Texto apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 na UFSC: Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, (de 25 a 28 de agosto de 2008.). ST 37: Aborto e Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Reprodução Humana e sua Interface com as Dinâmicas Sociais.

GOMES, E. de C. e MENEZES, R. A. (2008). “Aborto e Eutanásia: Dilemas Contemporâneos sobre os Limites da Vida”. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 18 [1]: 77-103.

GONÇALVES, M.C. (2002). *A Criança por nascer: narrativas médicas em diagnósticos pré-natal*. Dissertação. III Mestrado em Ciências Sociais: Famílias, Olhares Interdisciplinares, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Julho.

GORJÃO, V. (2002). *Mulheres em Tempos Sombrios: Oposição Feminina ao Estado Novo*. Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

GOW, P. (1997). “O parentesco como consciência humana: o caso dos Pira”. *Mana – Estudos de Antropologia Social* 3 2: 39-66.

GRIAULE, M. (1970). *Conversations with Ogotemmel*, Oxford University Press, 1970

GROSSI, M. P. (1988). *Representations sur les femmes battues - la violence contre les femmes au Rio Grande do Sul*. Paris: Doutorado em Anthropologie Sociale Et Culturelle, Universite de Paris V (Rene Descartes), U.P. V.

GROSSI, M. P. (1991). “Vítimas ou Cúmplices? Dos diferentes caminhos da produção acadêmica sobre violência contra a mulher no Brasil”. Caxambu: XV Encontro Anual da ANPOCS, 15 a 18 de outubro de 1991.

GROSSI, M. P. (1994). “Novas/Velhas Violências contra as Mulheres no Brasil”. *Revista Estudos Feministas*, ano 2, 2º semestre.

GROSSI, M. P. (1995). “Gênero, violência e sofrimento”. *Cadernos Primeira Mão*. Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós Graduação em Antropologia Social.

GROSSI, M. P. e BRAZÃO, A. (Orgs.). (2000). *Histórias para Contar: Retrato da Violência Física e Sexual contra o Sexo Feminino da Cidade de Natal*. Natal: Casa Renascer, Florianópolis, NIGS.

GROSSI, M. P.; MINELLA, L. S. e PORTO, R. (Orgs.). (2006). *Depoimentos: Trinta Anos de Pesquisas Feministas Brasileiras Sobre Violência*. Florianópolis; Editora Mulheres, 2006b. pp.382.

GROSSI, M. P.; MINELLA, L. S. e LOSSO, J. C. M. (Orgs.). (2006). *Gênero e violência: pesquisas acadêmicas brasileiras (1975-2005)*. Florianópolis: Editora Mulheres, pp.92.

GROSSI, M.; PORTO, R. e TAMANINI, M. (Orgs.). (2003). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptionais: questões e desafios*. Brasília: LetrasLivres, pp.196 (Coleção Bioética).

GROSSI, M. P. (1992). “Na busca do ‘outro’ encontra-se a ‘si mesmo’ ”. In: *Trabalho de Campo & Subjetividade*. Florianópolis, UFSC, PPGAS, pp. 7-18.

GUERRIERO, I. C. Z., SCHMIDT, M. L. S. e ZICKER, F. (Orgs.) (2008). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, pp.308. (Saúde em debate ; 188)

HANNERZ, U. (1997). “Fluxos, Fronteiras, Híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional”. *MANA*, 3(1):739.

HARDY, S.B. (2001). *Mãe Natureza: Uma Visão Feminina da Evolução – Maternidade, Filhos e Seleção Natural*. Rio de Janeiro: Campus.

HEILBORN, M.L. e SORJ, B. (1999). “Estudos de gênero no Brasil”. In *O que ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)*, Sociologia (volume II) (ANPOCS, Brasília, DF: CAPES, 1999, pp. 183–222). São Paulo: Editora Sumaré.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (Orgs.) (2006). *Aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz.

HEILBORN, M. L. (2004). “Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação multidisciplinar”. In: *Antropologia e ética: O debate atual no Brasil*/Ceres Victora, Ruben Oliven, Maria Eunice Maciel e Ari Pedro Oro (Orgs.) – Niterói, EdUFF.

HÉRITIER, F. (1983). “L’identité Samo”. In: *L’identité*. Paris: PUF.

JANZEN, J. (1987). “Therapy Management: concept, reality, process”. In *Medical Anthropology Quarterly* (1:68-84).

JOAQUIM, T. *Cuidar dos Outros, Cuidar de Si: Questões em torno da Maternidade*. Livros Horizontes, 2006. Coleção A Mulher e a Sociedade.

KNAUTH, D.; CERES, V. e AGRA HASSEN, M. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: TOMO.

LANGDON, E.J. (1994). “Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana”. In: Santos, R V & Coimbra Jr., C. E.A. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

LANGDON, E.J. (1993). “O dito e o não-dito: reflexão sobre narrativas que famílias de classe média não contam”. *Revista Estudos Feministas* v.7, n.1/2: 143-156.

LANGDON, E.J. 2003. “Cultura e os Processos de Saúde e Doença”. In *Annais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. (Leila Sollberger Jeolás e Marlene de Oliveira, orgs.). Londrina, MS-UEL-SMAS/PML. 91-107.

LARAIA, R. B. (1998). “Ética e Antropologia”. In LEITE, Ilka B., *Ética e Estética na Antropologia* (pp. 89-98). Florianópolis.

LARAIA, R.B. (1997). *Cultura: Um Conceito Antropológico*. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- LASMAR, C. (1999). “Mulheres indígenas: representações”. *Revista Estudos Feministas* n.1/2: 155-158.
- LEAL, O.F. e LEWGOY, B. (2001). “Pessoa, aborto e contracepção”. In Leal, O. F. organizadora. *Corpo e significado: ensaios de antropologia social* (pp. 55-74). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LEENHARDT, M. 1997. [1947]. *Do Kamo, la personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Paris, Gallimard.
- LEVI-STRAUSS, C. (1993). *História de Lince*. São Paulo: Companhia das Letras. Pp.249.
- LEWGOY, B. (2004). “O Grande Mediador. Chico Xavier e a Cultura Brasileira”. 1. ed. Bauru: EDUSC - PRONEX/CNPQ/*Movimentos Religiosos no Mundo Contemporâneo*. v. 1. 136 p.
- LIMA, A. P. e SARRÓ, R. (Orgs.). (2006). *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre produção etnográfica*. Imprensa de Ciências Sociais: ICS.
- LOREA, R. A. (2006). “Aborto e Direito no Brasil”. In: *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce (Orgs.) Catolicas pelo Direito de Decidir.
- LUIZ, C. (2006). “Mulheres em Situação de Abortamento: um Olhar sobre o Acolhimento”. In: *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce (Orgs.) Catolicas pelo Direito de Decidir.
- LUNA, N. (2002). “As novas tecnologias reprodutivas e o Estatuto do Embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre natureza”. *ANTHROPOLÓGICAS*, ano 6, volume 13(1): pp.57-74.
- LUNA, N. (2007). *Provetas e Clones: Uma Antropologia das Novas Tecnologias Reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Antropologia e Saúde), pp.300.
- LUNA, N. (2008). “*Escolhe, Pois, a Vida*”. Aborto, Fetos e Células de Embriões na Campanha da Fraternidade de 2008: Uma Análise Antropológica do Material Didático Da CNBB e da Controvérsia na Imprensa. Texto apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 na UFSC: Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. ST 37: Aborto e Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: Reprodução Humana e sua Interface com as Dinâmicas Sociais.
- MACHADO, L. Z. (1998). “Matar e Morrer no feminino e no masculino”. In: LIMA, Oliveira & GERALDES (Orgs). *A primavera já partiu*. Homicídios femininos, Petrópolis, Vozes.
- MACHADO, L. Z. (1999). “Sexo, Estupro e Purificação”. In *Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal – Brasília (Paralelo 15)*: Editora Universidade de Brasília.
- MACHADO, L. Z. (2008). “Os novos contextos e os novos termos do debate contemporâneo sobre o aborto. A questão de gênero e o impacto social das novas narrativas biológicas, jurídicas e religiosas”. Brasília: *Série Antropologia*, Departamento de Antropologia da UnB.

MACHADO, M. D.C. (2000). “O tema do aborto na mídia petencostal: notas de uma pesquisa”. In: *Estudos Feministas*, CFH/UFSC, vol. 8, n. 1.

MAGGIE, Y. (2001). *Guerra de orixá: um estudo de ritual e conflito*. (3º ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

MAGNANI, J. G. C. (1998). *Festa no pedaço*. São Paulo: Hucitec.

MAGNANI, J. G. C. (2000). “Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na metrópole”. In José Guilherme Cantor Magnani; Lilian de Lucca Torres. (Orgs). *Na Metrópole: Textos de Antropologia Urbana*. (2º edição, v. 1). São Paulo: Edusp - FAPESP.

MAGNANI, J. G. C. e TORRES, L. de L. (orgs.). (1996). *Na metrópole: textos de antropologia urbana*. São Paulo: Edusp/Fapesp.

MALHEIROS MIGUEL, S. (1988). *Um olhar para dentro: o movimento feminista no Rio de Janeiro*. Florianópolis: Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais.

MALINOWSKI, B. (1982) [1929]. *A Vida Sexual dos Selvagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

MALINOWSKI, Bronislaw 1976 [1922]. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo, Abril Cultural, 1976.

MALUF, S.W. 1989. *Encontros Perigosos: análise antropológica de narrativas sobre bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, SC.

MALUF, S.W.; LANGDON, J.; TORNQUIST, C.S. (2008). “Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados”. In: GUERRIERO, Iara; ZICKER, Fabio; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. (Orgs). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008, v. 1, p. 128-147.

MALUF, S.W. (2007). “Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90”. *Antropologia em primeira mão/Programa de Pós- Graduação em Antropologia Social*. UFSC, Florianópolis, n.100.

MANINI, D. (1995/1996). “Crítica feminista à modernidade e o Projeto Feminista no Brasil dos anos 70 e 80”. *Cadernos AEL*, n. 3/4.

MAPRIL, J. (2006). “Passageiros de Schengen; a dialética entre fluxo e encerramento no trabalho de campo. In: LIMA, Antônia Pedroso e SARRÓ, Ramon (Orgs.). *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre produção etnográfica*. Imprensa de Ciências Sociais, ICS, Lisboa.

MARCUS, G. (1986). “Contemporary problems of ethnography in the modern word system”. In: *Writing Culture the poetics and politics of ethnography*. Berkley e Los Angeles: University of Califórnia Press.

MARCUS E. F. (1995). "Ethnography in/of the world systems: the emergence of multi-sited Ethnography". *Annual Review of Anthropology* 24, n.1, 95-117.

MARCUS, E. F. (2002). "Beyond Malinowski and after writing culture: on the future of cultural Anthology and the Predicament of Ethnography". Plenary address to the annual Conference of the Australian Anthropological Society held at la Trobe University, Victoria, 19 september 2001. *The Australian Journal of Anthology*, 13, n. 2, 191-199.

MAUSS, M. (2003 [1938]). "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de 'Eu'". In: MAUSS, M. *Ensaaios de sociologia*. São Paulo: Perspectiva

MENEZES, R. (2004). *Em busca da "boa morte": uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos*. Tese (Doutorado) Saúde Coletiva, IMS/UERJ.

MENICUCCI DE OLIVEIRA, E. (2007). "Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução". In *Caderno Saúde Pública* (v.23 n.2). Rio de Janeiro:

MENICUCCI DE OLIVEIRA, E. et al. (2005). "Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo". *Revista Saúde Pública* vol.39, n.3, Junho.

MINAYO, M. C. de S.; GOMES, R. e CAVALCANTI, L. F. (2006). "Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil". Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 22(1):pp.31-39.

MINER, H. (1976). "Ritos Corporais entre os Nacirema". In A.K. Rooney e P.L. de Vore (Orgs). *You and the others - Readings in Introductory Anthropology*. (Cambridge: Erlich.

MINTZ, S. (1984). "Encontrando Taso, me descobrindo". In *Dados, Revista de Ciências Sociais* (vol. 27, nº 1). Rio de Janeiro.

MORIN, F. e SALADIN D'ANGLURE, B. (2007). "Excision feminine/incision masculine ou la construction sociale de la personne Schipibo-Conibo d'Amazonie péruvienne". In: MATHIEU, Nicole Claude. *Une maison san fille est une maison morte: la personne et le genre en sociétés matrilineaires et/ou uxorilocales*, Fondation Maison dès Sciences de l'Homme.

MOTTA, F. de M. (1997). "Sonoro Silêncio: Por Uma História Social do Aborto". In I Seminário de Apresentação dos Projetos do II Programa Relações de Gênero na Sociedade Brasileira - Fundação Carlos Chagas, 1996, São Paulo. I Seminário de Apresentação dos Projetos do II Programa Relações de Gênero na Sociedade Brasileira - Fundação Carlos Chagas.

MOTTA, F. de M. (2002). *Gênero e Reciprocidade: uma Ilha ao Sul do Brasil*. Campinas: Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

MOTTA, F. de M. (2005). *Cada um com seu sofrimento: Família, gênero e saúde em grupos populares urbanos de comunidades tradicionais em Florianópolis*. Florianópolis: Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público para o cargo de Professor Adjunto do

Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

MOTTA, F. de M. (2006). “A morte e a janela: a idéia de morte em representações contemporâneas de estupro”. In *Saberes e fazeres de gênero: entre o local e o global* (pp. 363) Luzinete Simões Minella, Susana Funck (Organizadoras). Florianópolis: Editora Da UFSC.

MOTTA, F. de M. (2006). “Raça, gênero, classe e estupro: exclusões e violências nas relações entre nativos e turistas em Florianópolis”. *Phisys Revista de Saúde Coletiva* 16(1): 29-44.

NATIVIDADE, M. (2006). “Fofoca e Segredo: Exercício e a Sexualidade entre Evangélicos Homossexuais”. Goiânia: XXV Reunião Brasileira de Antropologia. GT: Homossexualidades, Cultura e Identidade.

NATIVIDADE, M. e GOMES, E. (2005). “Para além da família e religião: segredo e exercício da sexualidade”. VI Reunião de Antropologia do Mercosul. Uruguai, Montevideo. Apresentação de comunicação em GT: “Antropologia das emoções”.

NOVAES, S. e SALEM, T. (1995). “Recontextualizando o embrião”. *Estudos Feministas*, IFCS/UERJ, v.3, n° 1.

OLIVEIRA, P. A.R. (1999). *Religiosidade: conceito para as Ciências do Social*. IX Jornadas sobre alternativas religiosas na América Latina. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ.

OLIVEIRA, G. C. (2001). *Direito ao aborto em debate no parlamento*. São Paulo: RedeSaúde, CFEMEA.

ORTNER, S. (1996). *Making Gender: The politics and erotics of culture*. Boston, Beacon Press.

ORTNER, S. (2007). “Uma atualização da Teoria da Prática”. Tradução de Sieni Campos. In: GROSSI, Miriam, ECKERT, Cornélia, FRY, Peter Henry. (Org.). *Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas*. Blumenau: Nova Letra.

PAIM, H.H.S. (1998). “Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares”. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Org.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas*. Rio: Fiocruz. 31-47.

PEDRO, J.M. (1999). “A criminalização de práticas abortivas”. In: *Falas de Gênero: teorias, análises, leituras*. Alcione Leite da Silva, Mara L. Lago, Tânia Regina Ramos (Orgs.). Florianópolis, Editora Mulheres.

PEDRO, J.M. (2006). “As identificações com o Feminismo e as interferências do gênero”. In *Saberes e fazeres de gênero: entre o local e o global* (pp. 363) Luzinete Simões Minella, Susana Funck (Organizadoras). Florianópolis: Editora Da UFSC.

PEIRANO M. (1982). “Além da ‘descrição densa’”. In *Anuário Antropológico/80*. Direção: Roberto Cardoso de Oliveira. Ed. UFC, Tempo Brasileiro.

PEIRANO, M. (1995). *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

PENICHE, A. (2007). *Elas somos nós: O Direito ao Aborto como Reivindicação Democrática e Cidadã*. Biblioteca das Ciências Sociais, Edições Afrontamento, Porto, Portugal.

PIMENTEL, et al (1998). *Estupro: crime ou cortesia?*. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor.

PINA CABRAL, J. (2006). “Reflexões Finais”. In LIMA, Antônia P. e SARRÓ, Ramon (Orgs). *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre produção etnográfica*. Imprensa de Ciências Sociais, ICS, Lisboa.

PINTO, C. R. J. (2003). *Uma história do feminismo no Brasil* (Coleção História do Povo Brasileiro). São Paulo: Editora Perseu Abramo.

PIRES, Manuela. *Álvaro Cunhal e a tese sobre o aborto: uma tese revolucionária e atual*. Vértice, Lisboa, 2006, v. 128, 2. série, p. 61-74.

PORTO, R. (2002). *Gravidez e Relações Violentas: Representações da Violência Doméstica no Município de Lages – SC*. Florianópolis: Dissertação de Mestrado 2002. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

PORTO, R. (2006). *Pesquisadoras versus Pesquisados: Gênero e Poder na Exposição da Intimidade*. Florianópolis: Trabalho apresentado ao PPGAS/UFSC como requisito parcial à qualificação no doutorado.

PORTO, R. e MEDEIROS, C. (2001). “Violências contra mulheres grávidas: uma análise a partir dos Boletins de Ocorrência da Delegacia de Atendimento às Mulheres (6ª DP) de Florianópolis”. Trabalho Apresentado No GT: II Encontro de Estudos de Gênero - Centro Politécnico da Universidade Federal do Paraná entre os dias 24 e 27 de Outubro de 2001.

PORTO, R. (1996). *A Construção da Identidade dos Médiuns em Centros Espíritas Kardecistas*. TCC/CFH/UFSC.

PORTO, R. (2008). “Profissionais de saúde e aborto seletivo em um hospital público em Santa Catarina”. In *Sexualidade, Reprodução e Saúde*. Heilborn, Maria Luiza; Aquino, Estela; Barbosa, Regina; Pinkusfeld Bastos, Francisco; Berquó, Elza; Rohden, Fabíola (Orgs), Editora Fundação Getúlio Vargas (FGV).

PORTO, R. (2008). “Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa”. *Revista Estudos Feministas*, vol.16, n.2, pp. 661-666.

QUINÁGLIA SILVA, É. e CODONHO, C. G. (2008). “As tecnologias con(tra)ceptivas a partir de noções de pessoa: (des)construindo as significações de morte e vida”. Simpósio Temático: Aborto e tecnologias reprodutivas conceptivas: reprodução humana e sua interface com as dinâmicas sociais. UFSC: Fazendo Gênero 8.

RABINOW, P. (1977). *Reflections on fieldwork in Morocco*. Los Angeles: Univ. of California Press.

RAPP, R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge, pp. 361.

RAPP, R. (1997). "Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction". In: DOWNEY, G. L., DUMIT, J. (Eds.). *Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. New Mexico: School of American Research Press. p. 33-48.

RIAL, C. (1992). *Ca se passe comme ça chez les fast-foods: étude Anthropologique de la restauration rapide*. Doctora Université de Paris V (René Descartes).

RIAL, C. (2007). "Guerra de imagens e imagens da guerra: estupro e sacrifício na Guerra do Iraque". *Revista Estudos Feministas* v. 15, n. 1.

RIBEIRO, J.L.P. e ARAÚJO, T. (1998). "Atitudes de técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez". In: *Análise Psicológica*, 3 (XVI) 469-479.

ROCHA, M. I. B. da. (2006). "A Discussão Política sobre Aborto no Brasil: uma síntese". Núcleo de Estudos de População/Unicamp. Fazendo Gênero VII. ST: Aborto: Conquistas e Desafios, UFSC.

ROCHA, M. I. B. da. (1996). "A questão do aborto no Brasil: um estudo sobre o debate no Congresso". *Revista Estudos Feministas* v. 4, n. 2: pp. 381-398.

RODRIGUES, P. de M. (1999). "O surgimento das armas de fogo: alteridade e feminilidade entre os Javaé". *Revista Estudos Feministas* v.7, n.1/2: 195 a 205.

RODRIGUES, P. de M. (2006). "Vida cerimonial e luto entre os Javaé". Brasília: *Revista de Estudos e Pesquisas*, FUNAI, v.3, n.1/2, pp.107-131.

ROSADO NUNES, M. J. e JURKEWICZ, R. (2002). "Aborto: um tema em discussão na igreja católica". Seminário Nacional de Intercambio e Formação sobre Questões Ético-religiosas para Técnicos/as dos Programas de Aborto Legal. Católicas pelo Direito de Decidir (Orgs.), pp. 17-70.

ROSADO NUNES, M.J. (2004). "É Possível Ser Católico e Apoiar o Direito ao Aborto". Artigo publicado no jornal *O Público*, edição de 31 de janeiro.

ROSALDO, R. (1989). *Culture & Truth: The remaking of Social Analysis*. Beacon Press, Boston.

SALEM, T. (1989) "Casal igualitário: princípios e impasses". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 03 (9).

SALEM, T. (1997). "As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa". Rio de Janeiro: *Mana*, v. 3, n. 1.

SAHLINS, Marshall. *Esperando Foucault, ainda*. SP, COSAC Naify, 2004.

SANTIN, M. (2005). *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*. Florianópolis: Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

SANTOS, V. R. (2001). *Práticas Policiais nas Delegacias de Proteção à Mulher de Joinville e Florianópolis*. Florianópolis, Dissertação de Mestrado, PPGAS/UFSC.

SARMENTO, D. (2006). “Legalização do aborto e constituição”. In: *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce (Orgs.) Católicas pelo Direito de Decidir.

SARTI, C. A. (2004). “O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória”. *Revista Estudos Feministas* v. 12, n. 2.

SCOTT, R. P. (2004). “A ética de comunicação na saúde: a escolha política de diferentes linguagens para compreensão e ação”. In: *Antropologia e ética: O debate atual no Brasil/Ceres Victora, Ruben Oliven, Maria Eunice Maciel e Ari Pedro Oro (Orgs.) – Niterói, EdUFF*.

SEEGER, A., DAMATTA, R. e VIVEIROS DE CASTRO, E. (1979). “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”. Em: *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro: Museu Nacional.

SEGATO, R. L. (2002). *Uma proposta de diretrizes e políticas públicas para as mulheres indígenas*. Universidade de Brasília: Depto. de Antropologia (Série Antropologia).

SEGRE, M. (2006). “Considerações éticas sobre o início da vida: aborto e reprodução assistida”. In: *Em defesa da vida: aborto e direitos humanos*. CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce (Orgs.) Católicas pelo Direito de Decidir.

SILVA, V.G. (2000). *O Antropólogo e sua Magia: Trabalho de Campo e Texto Etnográfico nas Pesquisas Antropológicas sobre Religiões Afro/Brasileiras*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

SIMMEL, G. (1939). “El Secreto y la Sociedad Secreta”. In: *Sociologia: Estudios sobre as Formas de Socialización*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina.

SINGER, P. (1998). “Tirar a vida: o embrião e o feto”. In: *Ética e Prática* (2ª Edição, pp.145-183. 399). São Paulo: Martins Fontes.

SOARES, G. S. (2003). “Profissionais da saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados”. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Siup.2): S399-S406.

SOUSA, S. (2003). A saúde do feto. In E. Sá (Ed.), *Psicologia do feto e do bebê* (pp. 39-66). Fim de século. Lisboa.

SPERBER, D. (1992). *O saber dos antropólogos*. Lisboa: Edições 70.

- STOCKING, G. W. (1992). *The ethnographer's magic and other essays in the history of anthropology*. Madison/Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- TALLURI-RAO, S. e BAIRD, T. (2003). *Informação e Guia de Treinamento para Aconselhamento sobre Aborto Medicamentoso*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- TAMANINI, M. (2003). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil*. Florianópolis: Doutorado em Programa Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.
- TAUSSIG, M. (1987). *Shamanism, a study in colonialism, and terror and the wild man healing*. Chicago: The University of Chicago Press.
- TAVARES, M. (2003). *Aborto e Contracepção em Portugal*. Livros Horizonte, Lisboa.
- TEDLOCK, D. (1986). "A tradição analógica e o surgimento de uma antropologia dialógica". *Anuário Antropológico/85*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- TESSARO, A. (2002). *Aborto Seletivo: descriminalização e avanços tecnológicos da medicina contemporânea*. Curitiba: Juruá.
- THOMAS, N. (1991). "Against Ethnography". *Cultural Anthropology*, 6 (3): 306-322.
- TOMASELLI, S. e PORTER, R. (1992). *Estupro*. Coordenado por Sylvana Tomaselli e Roy Porter; tradução Alves Calado. Rio de Janeiro: Rio Fundo Ed.
- TORNQUIST, C. S. (2004). *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Florianópolis: Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (1v.).
- TURNER, V. (1974). *Dramas, Fields, and Metaphors. Symbolic Action in Human Society*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- TURNER, V. W. (1967). *A Ndembu Doctor in Practice, in The Forest of Symbols: Aspects of a Ndembu Ritual*. Ithaca and London: Cornell University Press.
- VAN GENEP, A. (1978). *Os Ritos de Passagem*. Petrópolis: Vozes.
- VEKEMANS, M. e HURWITZ, M. (2004). "Acesso a serviços de interrupção de gravidez seguros até ao limite máximo permitido por lei". *Boletim Médico da IPPF*, Volume 38, Número 4.
- VELHO, G. (1973). *A Utopia Urbana: um estudo de antropologia social* (6º Ed., v. 1, pp. 115). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- VELHO, G. (1998). *Nobres & Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, v. 1, pp.214.

VELHO, G. (Org.) (1980). *O Desafio da Cidade: novas perspectivas da antropologia brasileira* (1º Ed., v. 1, pp.180). Rio de Janeiro: Campus.

VENTURA, M. (2004). *Direitos Reprodutivos no Brasil* (2.ª. Ed., v. 01, pp.196). Brasília: UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas.

VIANA, F. J. M. (2008). Serviços de Atendimento ao Aborto Legal. In: *Direito de Decidir: Múltiplos Olhares sobre o Aborto*. Organização Mônica Bara Maia (pp.171-190). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

VICTORA, C.; KAUDT, D.; AGRA HASSEN, M.N. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre, Tomo Editorial.

VIGARELLO, G. (1998). *História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX*. Rio de Janeiro: Zahar.

VILAÇA, A. (2000). “O que significa tornar-se outro? Xamanismo e contato interétnico na Amazônia”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online], v. 15, n. 44: 56-72.

VILLELA, W V. e LAGO, T. (2007). “Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual”. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (1986). *Araweté: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

WEBER, Max (1992). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 7. ed., São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais.

WELTER, T. (2007). *O Profeta São João Maria continua encantando no meio do povo: Um estudo sobre os discursos contemporâneos a respeito de João Maria em Santa Catarina*. Tese. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, PPGAS, UFSC.

REFERÊNCIAS FÍLMICAS

“A DECISÃO DE RITA”. 1997. Católicas Pelos Direito de Decidir. Brasil.

“A MARGEM DO CORPO”. 2006. Filme produzido pela ONG ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/ImagensLivres. Direção e Roteiro Etnográfico: Débora Diniz e Ramon Navarro. Brasil.

“ABORTO LEGAL: IMPLICAÇÕES ÉTICAS E RELIGIOSAS”. 2004. Católicas Pelos Direito de Decidir. Brasil.

“ABORTO: UM TEMA EM DEBATE”. 2005. Católicas Pelos Direito de Decidir (acompanha um guia). Brasil.

"FALAR DISSO".2007. Produzido pela APF - Associação para o Planeamento da Família -, em parceria com a RTP2 (Rede televisiva portuguesa). Portugal.

“HABEAS CORPUS”. 2005. Filme produzido pela ONG ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/ImagensLivres. Direção: Debora Diniz e Ramon Navarro. Brasil.

“O ABORTO DOS OUTROS”. 2007. Documentário. Direção Carla Galo. Brasil.

“QUATRO MESES, TRÊS SEMANAS E DOIS DIAS” (4 Luni, 3 Saptamani si 2 Zile). 2007. Direção e Roteiro: Cristian Mungiu. Produção: Cristian Mungiu e Oleg Mutu. Romênia.

“QUEM SÃO ELAS”. 2006. Filme produzido pela ONG ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/ImagensLivres. Direção: Debora Diniz. Brasil

“UMA HISTÓRIA SEVERINA”. 2005. Filme produzido pela ONG ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/ImagensLivres. Direção: Debora Diniz e Eliane Brum. Brasil.

“VERA DRAKE” (O segredo de Vera Drake). 2004. Direção: Mike Leigh. Inglaterra/França/Nova Zelândia.

DOCUMENTOS LEGAIS

ANENCEFALIA: O pensamento brasileiro e sua pluralidade (2004). *Informativo Anis*. Brasília: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. 1996. Resolução 196/1996. Regulamenta a pesquisa feita com seres humanos em todo território nacional. *Bioética: Revista do Conselho Federal de Medicina*. v. 4 (suplemento). Disponível on-line em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> (Último acesso 01/08/2009)

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

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

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR (Orgs.) (2002). “*Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas*”. Seminário Nacional de Intercâmbio e Formação sobre Questões Ético-religiosas para Técnicos/as dos Programas de Aborto Legal. Cadernos, Católicas pelo Direito de Decidir.

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA. CONEP. Disponível on-line em <http://www.datasus.gov.br/conselho/comissoes/etica/conep.htm>. (Último acesso em junho/2009).

FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS. Disponível on-line em www.pmf.sc.gov.br/saude/adobe/fluxograma_a4.pdf (Último acesso em 13/07/2009)

IPAS, Brasil. (2008). “*Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei*”. GOMES, Edlaine (Org.).

REDE FEMINISTA DE SAÚDE (2005). “*Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis*”. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.

INFORMAÇÃO ELETRÔNICA

ABORTO UMA QUESTÃO JURÍDICA, RELIGIOSA OU DE SAÚDE PÚBLICA? Revista Sociologia, Ciência e Vida (n. 18, 2008). Disponível on-line em www.multiverso.com.br/sociologia (Último acesso em dezembro/2008)

ABORTO: OS MÉDICOS ROMPEM O SILÊNCIO. Revista Veja. (ano 42, n. 4, Janeiro/2009). Disponível on-line em veja.abril.com.br (Último acesso em agosto/2009).

ABORTO: PUNIÇÃO NÃO RESOLVE A QUESTÃO. 4/07/2006. Disponível on-line em www.portugaldiario.pt (Último acesso em setembro/2006).

A LONGA CAMINHADA POR UMA LEI DO ABORTO MAIS JUSTA. Alegria Royo Beltran. Membro da Direcção Nacional do MDM. «O Militante» - N.º 280 Janeiro/Fevereiro 2006. <http://www.pcp.pt/publica/militant>

AÇÃO CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES. e-mail recebido em 16/12/2008. (webmaster@catolicasonline.org.br)

ANENCEFALIA DE VOLTA À PAUTA DO STF. Correio Braziliense, 09/07/2009. (Último acesso em 20/07/2009)

APÓS CURETAGEM, MENINA DE 9 ANOS RECEBE ALTA NESTA TARDE. 06/03/2009. Disponível on-line em jc.uol.com.br (Último acesso em 30/06/2009)

AS MULHERES DEVEM TER O DIREITO DE DECIDIR NOS CASOS DE ANENCEFALIA. Campanha CEPIA e CNDM. Disponível on-line em <http://mulheres.pps.org.br/portal/showData/151189> (Último acesso em 31/07/2009)

AVALIADA POSSIBILIDADE DE ABORTO EM ADOLESCENTE ESTUPRADA EM TREZE TÍLIAS. Diário Catarinense, 28/04/2009). Disponível on-line em <http://www.clicrbs.com.br/anoticia/jsp/default.jsp?...> (Último acesso em 30/06/2009)

A DEMOCRACIA É PARA VALER. (Diário do Alentejo/Constantino Piçarra/23/02/2007). Disponível on-line em www.diariodoalentejo.pt (Último acesso em agosto/2008).

A LONGA CAMINHADA POR UMA LEI DO ABORTO MAIS JUSTA. Alegria Beltran, 2006. Disponível on-line em <http://www.pcp.pt/publica/militant/280/p28.html> O Militante - N.º 280 Janeiro /Fevereiro 2006.

AMNIOCENTESE OU ANÁLISE DO LÍQUIDO AMNIÓTICO. Disponível on-line em <http://boasaude.uol.com.br> (último acesso em julho/2009)

BRASIL: ABORTO NA AGENDA POLÍTICA. Destaques CLAM – Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Disponível on-line em: <http://www.clam.org.br> . (Último acesso em novembro/2006)

BRASIL: ABORTO NA AGENDA POLÍTICA. Destaques CLAM – Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Disponível on-line em: <http://www.clam.org.br> . (Último acesso em ...)

BLANCARTE, Roberto. Democracia e laicidade. Publicada em: 04/12/2008. Destaques CLAM. Disponível on-line em: <http://www.clam.org.br> . (Último acesso em julho/2009)

BENTO XVI: NA VÉSPERA DA CHEGADA DO PAPA, GOVERNO E IGREJA TROCAM FARPAS. Folha, 09/05/2007. Acessado em 20/07/2009.

CATÓLICAS LIBERTÁRIAS. (Correio Braziliense 8 de março de 2008). Disponível on-line em <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/clipping/marco/catolicas-libertarias> (Último acesso 22/06/2009)

CATÓLICA PAUTANDO A MÍDIA BRASILEIRA. In: *Conexões*. Boletim bimestral Campinas, SP, n. 2 jan/fev de 2007. Ciência e Religião na Mídia. Disponível on-line em: <http://www.cienciaereligiaonamidia.net>. (Último acesso em 2008).

CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2008: SÍNTESE DOS OBJETIVOS E DOS ARGUMENTOS DA IGREJA CATÓLICA. Disponível on-line em <http://www.portalmédico.org.br/objeadeconsciencia/> acesso em 10/12/2007. (último acesso em junho/2008).

CAMPANHA DO ABORTO NA TV. Disponível on-line em www.acmedia.pt/noticias/campanhadoaborto.htm (Último acesso em agosto/2009).

CESARIANA-AVALIAÇÃO. Disponível on-line em <http://boasaude.uol.com.br> (Último acesso em julho/2009)

CIDADE DO MÉXICO DESCRIMINALIZA ABORTO. (25/4/2007). FOLHA DE SÃO PAULO. Disponível on-line em www.ccr.org.br/a_noticias_detalhes.asp?cod (Último acesso em julho/2009).

CHINA CRIA NOVAS LEIS PARA COMBATER ABORTO DE MENINAS. setembro, 2007. Disponível on-line em <http://mondointerativo.wordpress.com/2007/09/25/china-cria-novas-leis-para-combater-aborto-de-meninas/> (Último acesso em agosto/2009)

CNDM/SPM. Disponível on-line em SPM (<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/Oquee/index.htm>).

COLOSTRO. (Significado). Disponível on-line em www.dicionariodoaurelio.com (último acesso em junho/2009)

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MULHERES RECOMENDA A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. Agência Brasil, 21/08/2007. Acessado em 20/07/2009.

CPI DO ABORTO CRIA POLÊMICA NA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Agência Brasil, 11/12/2008. Acessado em 20/07/2009.

CPI DO ABORTO PREOCUPA. Entrevista com Dulce Xavier CLAM. Disponível on-line em www.clam.org.br (Último acesso em 30/06/2009).

CRIMINALIZAR O ABORTO RESOLVE? VAI PENSANDO AI. Campanha IPAS Brasil. Disponível on-line em www.ipas.org.br/vaipensandoai.html (Último acesso em 31/07/2009).

DESDE 1998, 18 CONDENAÇÕES POR ABORTO. Entrevista Helena Pinto, 1998. Disponível on-line em <http://www.esquerda.net/index.php?...> (Último acesso em agosto/2008).

DEMOCRACIA E LAICIDADE. Blancarte, Roberto. Publicada em: 04/12/2008. Destaques CLAM. Disponível on-line em: <http://www.clam.org.br> . (Último acesso em 15/06/2009)

DITOS POPULARES E EXPRESSÕES. Disponível on-line em <http://br.geocities.com/ledamguedes/ditos.htm> (Último acesso em 17/07/2009).

ESTUPRO E EX-COMUNHÃO. CCR, 06/03/2009. Disponível on-line em www.ccr.org.br (Último acesso em 30/06/2009).

É NECESSÁRIO IMPOR LIMITES. Paula Viana. Disponível on-line em <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=5221&sid=4> (Último acesso 22/06/2009).

EM PORTUGAL: ASSOCIAÇÃO PROTESTA CONTRA ESTUDO DE ABORTO EM MATERNIDADE. DISPONÍVEL on-line em <http://www.mundolusiada.com.br/ACONTECE> (Último acesso em 13/06/2007).

FREITAS, Ângela. (Data desconhecida). “Bolsa estupro retirada de pauta. Mulheres de Olho”. Disponível on-line em: <http://www.mulheresdeolho.org.br>. (Último acesso em 20 de dezembro de 2007).

GALLI, Beatriz; MELLO, Maria Elvira Vieira de. O Debate sobre a Descriminalização do Aborto no Brasil. Ipas Brasil, 2007. <http://www.ipas.org.br/debate.html> (Último acesso em 12/12/2008).

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO. Disponível on-line em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?208> (Último acesso em 10/08/2009)

IGREJA EXCOMUNGA RESPONSÁVEIS POR ABORTO DE MENINA DE 9 ANOS. (04/03/2009). Disponível on-line em <http://noticias.terra.com.br/brasil/interna> (Último acesso em 30/06/2009).

JORNADAS BRASILEIRAS PELO ABORTO LEGAL E SEGURO. ARTICULAÇÃO DAS MULHERES BRASILEIRAS. Disponível on-line em: <http://www.articulacaodemulheres.org.br>. (Último acesso em junho/2009)

JORNAL ZERO DA UFSC. O Laboratório do Jornal. <http://blogdozero.wordpress.com/sobrezero/>.

LEI DO ABORTO DE PORTUGAL SOFRE RESISTÊNCIA DE MÉDICOS. Revista Consultor Jurídico, 17/07/2007. Disponível on-line em http://www.conjur.com.br/2007-jul-17/lei_aborto_portugal_sobre_resistencia_medicos (Último acesso em julho/2009).

LULA PROPÕE DISCUSSÃO SOBRE ABORTO. Disponível on-line em <http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/vidafeminina> (Último acesso em Janeiro/2009).

MÉDICOS PORTUGUESES AINDA SE RECUSAM A FAZER ABORTO. Jornal 14/07/2007. Disponível on-line em <http://www.avante.pt/> acesso em 02/03/2008 (Último acesso em agosto/2008).

MEMÓRIAS DA LIBERDADE. A REVOLUÇÃO DO CRAVOS – 25 DE ABRIL. Disponível on-line em www.instituto-camoes.pt (Último acesso em agosto/2009).

MÉDICOS PORTUGUESES AINDA SE RECUSAM A FAZER ABORTO. 14/07/2007. Disponível on-line em <http://www.avante.pt/> acesso em 02/03/2008 (último acesso em 15/02/2007).

MÉDICO EXCOMUNGADO DIZ QUE CRIANÇA CORRIA RISCO (Folha de S. Paulo e Agência Folha 06/03/2009) Disponível on-line em <http://www.agora.uol.com.br/brasil/ult10102u530290.shtml> (Último acesso 20/06/2009)

MÉDICA ACUSADA DE QUASE 10 MIL ABORTOS IRÁ A JÚRI NO MATO GROSSO DO SUL (O Estadão (12/05/2009). Disponível on-line em <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2009/05/12/medica...> (Último acesso em 28/06/2009)

‘MEDICINA ESTÁ MAIS CORRETA QUE IGREJA’, DIZ LULA SOBRE ABORTO EM MENINA (06/03/2009). Disponível on-line em www.ccr.org.br (Último acesso em 30/06/2009).

MÉTODOS DE INDUÇÃO DO ABORTO. Disponível on-line em <http://www.aborto.com/> (Último acesso em 08/08/2009).

MÍDIA E MOVIMENTO FEMINISTA - LEGALIZAÇÃO DO ABORTO: A FRONTEIRA FINAL. Publicado Originalmente no Observatório de Imprensa em 16/08/2005. Disponível on-line em: <http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos>. (Último acesso em agosto/2006).

MINISTRO CRITICA IGREJA POR EXCOMUNGAR MÉDICOS (09/03/2009) Disponível on-line em www.ccr.org.br (Último acesso em 30/06/2009)

NOTA PÚBLICA GRUPO CURUMIM. (08/03/2009). Disponível on-line em antropologiafeminista@yahoogrupos.com.br www.ccr.org.br (Último acesso em 09/08/2009)

OAB DEFENDE PLEBISCITO SOBRE A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. 26/03/2007. Disponível on-line em <http://www.mulheresdeolho.org.br> (último acesso em 09/03/2008)

O MISOPROSTOL. Disponível on-line em (http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/Prot_misoprostol_2005.pdf) (Último acesso em agosto/2009)

ORGANIZAÇÕES PEDEM NOVA LEI DO ABORTO. (Jornal Portugal Diário, 04/07/2006). Disponível on-line em www.portugaldiario.pt Último acesso em setembro/2006).

PAPA DESTITUI BISPO DE PE QUE PUNIU VÍTIMA DE ESTUPRO. (Jornal O Povo 01/07/2009). Disponível on-line em www.opovo.com.br (Último acesso em 01/07/2009).

PAPA ACEITA RENÚNCIA DE ARCEBISPO POLÊMICO. (Jornal Diário do Nordeste, 02/07/2009) Disponível on-line em www.jornalnordeste.com (Último acesso em 05/07/2009).

PAPA DESTITUI BISPO DE PE QUE PUNIU VÍTIMA DE ESTUPRO. (Folha de São Paulo 09/05/2007; Jornal O Povo 01/07/2009). Disponível on-line em www.opovo.com.br – www.folha.uol.com.br (Último acesso em 01/07/2009)

PARECER É A FAVOR DE ABORTO DE ANENCÉFALO. Diário Catarinense, 07/07/2009. (Último acesso em 07/07/2009)

PELOS PODERES DO SANTO, DO PAPA E DAS CIÊNCIAS: A IGREJA CATÓLICA PAUTANDO A MÍDIA BRASILEIRA. In: *Conexões*. Boletim bimestral Campinas, SP, n. 2 jan/fev de 2007. Ciência e Religião na Mídia. Disponível on-line em: <http://www.cienciaereligiaonamidia.net>. (Último acesso em dezembro/2007)

PESQUISA IBOPE/CDD INDICA QUE MAIORIA DESCONHECE EM QUE CONDIÇÕES LEGAIS ABORTO PODE SER REALIZADO. Disponível <http://www.catolicasonline.org.br> (Último acesso setembro/2006)

POR UM ESTADO LAICO DE FATO! (16/05/2009). Disponível on-line em antropologiafeminista@yahoogrupos.com.br (Último acesso em 09/08/2009).

PORTUGAL SENTENCIA POUCAS CONDENAÇÕES POR VIOLAÇÃO. (Jornal Lusa, 24/04/2009). Disponível on-line em www.lusa.pt (Último acesso em julho/2009).

PORTAL DA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PORTUGAL). TAXAS MODERADORAS NO ACESSO ÀS PRESTAÇÕES DE SAÚDE DO SNS. O QUE SÃO TAXAS MODERADORAS? Disponível on-line em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/taxas+moderadoras> (Último acesso em 04/07/2009).

PROTESTO CONTRA A PROIBIÇÃO DA ENTRADA EM PORTUGAL DO BARCO DA WOMEN ON WAVES. 29/08/2004. (Jornal Noticias da Amadora, 06/07/2006). Disponível on-line em <http://www.petitiononline.com/19592c11/petition.html> www.noticiasdaamadora.com.pt (Último acesso em agosto/2006).

QUEREMOS SER EXCOMUNGADAS. Disponível on-line em www.ieg.ufsc.br/noticias.html (Último acesso em 09/08/2009).

REFERENDO DA IVG DIA 11 DE À FEVEREIRO «SIM DESPENALIZAÇÃO – Fim do aborto clandestino e dos julgamentos. Disponível on-line em <http://conjur.estadao.com.br/> acesso em 12/02/2008.

REFERENDO SOBRE A LEI DO ABORTO É JÁ NO DOMINGO. 22/06/1998. Disponível on-line em <http://www.setubalnarede.pt> (Último acesso em 20/09/2006).

REFERENDO SOBRE ABORTO EM JANEIRO. O Público, 30/06/2006) Disponível on-line em www.publico.clix.pt (Último acesso em 20/09/2006).

SÍNDROME DE DOWN - Causada por uma Alteração Cromossômica, é o Tipo Mais Comum de Retardo Mental. Disponível on-line em <http://boasaude.uol.com.br> (Último acesso em julho/2009)

TAXAS MODERADORAS. OBTENHA UMA RESPOSTA RÁPIDA PARA SUAS DÚVIDAS. Disponível on-line em <http://www.min-saude.pt> (Último acesso em julho/2009).

TALIB, Rosângela Aparecida. Um (im)possível diálogo entre a moral da Igreja católica Apostólica Romana e a posição ética dos profissionais que atuam nos serviços de aborto legal. 18/02/2008. Católicas pelo Direito de Decidir (www.catolicasonline.org.br). Acessado em 17/11/2008.

A N E X O S

ANEXO 1

Filmes realizados pela ONG Anis - ImagensLivres

Uma História Severina



Direção: Debora Diniz e Eliane Brum
Formato: DVD
Cor: Cor
Duração: 23min
Ano: 2005
Valor: R\$10

Ficha técnica:

Direção e Roteiro Debora Diniz e Eliane Brum | **Direção de Produção** Fabiana Paranhos | **Edição** Ramon Navarro | **Finalização** Ramon Abreu | **Direção de Arte** Ramon Navarro | **Xilogravuras e Cordel** J.Borges | **Música-tema** "A Semente da Dor e Sofrimento", de Mocinha de Passira

O filme foi legendado para o Português, Espanhol, Inglês, Francês, Italiano, Japonês e Dinamarquês

Sinopse:

Severina é uma mulher que teve a vida alterada pelos ministros do Supremo Tribunal Federal. Ela estava internada em um hospital do Recife com um feto sem cérebro dentro da barriga, em 20 de outubro de 2004. No dia seguinte, começaria o processo de interrupção da gestação. Nesta mesma data, os ministros derrubaram a liminar que permitia que mulheres como Severina antecipassem o parto quando o bebê fosse incompatível com a vida. Severina, mulher pobre do interior de Pernambuco, deixou o hospital com sua barriga e sua tragédia. E começou uma peregrinação por um Brasil que era feito terra estrangeira - o da Justiça para os analfabetos. Neste mundo de papéis indecifráveis, Severina e seu marido Rosivaldo, lavradores de brócolis em terra emprestada, passaram três meses de idas, vindas e desentendidos até conseguirem autorização judicial. Não era o fim. Severina precisou enfrentar então um outro mundo, não menos inóspito: o da Medicina para os pobres. Quando finalmente Severina venceu, por teimosia, vieram as dores de um parto sem sentido, vividas entre choros de bebês com futuro. E o reconhecimento de um filho que era dela, mas que já vinha morto. A história desta mãe severina termina não com o berço, mas em um minúsculo caixão branco.

Habeas Corpus



Direção: Debora Diniz e Ramon Navarro
Formato: DVD
Cor: Cor
Duração: 20min
Ano: 2005
Valor: R\$10

Ficha técnica:

Direção e Roteiro Debora Diniz e Ramon Navarro | **Direção de Produção** Fabiana Paranhos | **Edição** Ramon Navarro | **Finalização** Ramon Abreu | **Direção de Arte** Ramon Navarro | **Música-tema** "Lamento", de Abinayr MacIntyre & Bilbao Souza

O filme foi legendado para o Português, Espanhol e Inglês

Sinopse:

O documentário acompanha o sofrimento de Tatielle, uma jovem mulher de Morrinhos, interior de Goiás. Grávida de 5 meses de um feto que não sobreviveria ao parto, um habeas corpus apresentado por um padre que sequer a conhecia impediu Tatielle de interromper a gestação. Já sentindo as dores do parto, Tatielle foi mandada embora do hospital onde estava internada em Goiânia. De volta para Morrinhos, Tatielle agonizou cinco dias as dores de um parto proibido pela Religião e pela Justiça.

Quem são elas?

Direção: Debora Diniz
Formato: DVD
Cor: Cor
Duração: 20min
Ano: 2006
Valor: R\$10

Ficha técnica:

Direção e Roteiro Debora Diniz | **Direção de Produção** Fabiana Paranhos | **Edição e Direção de Arte** Ramon Navarro | **Finalização** Marcos Gruah e Ramon Abreu | **Assistente de Edição** Lucas Franzoni | **Imagens** Debora Diniz, Ramon Navarro e Sergio Roinzenblit | **Legendagem** Felipe Triaca | **Equipe de Produção** Angélica Costa, Ana América Gonçalves Silva, Cristiano Guedes, Flávia Squinca, Herenilton Gonçalves, Kátia Soares Braga, Layanna Mello, Mayara Araújo, Paula Foltran e Sandra Costa | **Tradução** Debora Diniz, Julie Ciancio, Marcelo Medeiros e Valentina Fraiz-Grijalba

Com legendas em Português, Inglês e Espanhol

Sinopse:

Em julho de 2004, a Justiça brasileira autorizou que mulheres grávidas de fetos sem cérebro interrompessem a gestação. Durante quatro meses, dezenas de mulheres foram amparadas por essa decisão e optaram pelo aborto. O filme conta a história de quatro dessas mulheres durante dois anos. Érica, Dulcinéia, Camila e Michele são mulheres muito diferentes unidas pelo acaso de uma maternidade interrompida. Protagonistas de suas próprias vidas, elas são as narradoras de suas escolhas em um filme que impressiona pela força e resignação diante do luto precoce.

À Margem do Corpo

Direção: Debora Diniz
Formato: DVD
Cor: Cor
Duração: 43min
Ano: 2006
Valor: R\$10

Ficha técnica:

Direção Debora Diniz | **Etnografia** Debora Diniz | **Roteiro Etnográfico** Debora Diniz e Ramon Navarro | **Direção de Produção** Fabiana Paranhos | **Produção em Campo** David Chalub | **Edição e Direção de Arte** Ramon Navarro | **Finalização** Ramon Abreu

Sinopse:

A história se passa no interior de Goiás, entre os anos de 1996 e 1998. Deuseli tinha 19 anos quando foi brutalmente estuprada. Impedida de realizar o aborto, encerra o primeiro ato da narrativa desaparecendo da cidade onde vivia. Meses depois, é protagonista de outro crime, só que agora como assassina da filha de 11 meses. Em um ritual, para alguns histórico, para outros satânico, Deuseli reproduz a cena do estupro e afoga a filha em uma banheira. Ela morre meses depois de causa desconhecida. Entre o estupro, o assassinato e a morte, a vida de Deuseli foi recontada por advogados, médicos e exorcistas.

ANEXO 2



Filmes produzidos pelas CDD:

1. **A Decisão de Rita** - 1997
2. **Aborto legal: Implicações éticas e religiosas** - 2004
3. **Aborto: Um tema em debate** - 2005

Sinopse: O aborto é um dado concreto da realidade brasileira: são realizados anualmente cerca de 1 milhão de abortos em condições inseguras no país. *Católicas pelo Direito a Decidir*, integrante das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, fórum que agrega cerca de 40 entidades brasileiras, pretende, com este vídeo, que as pessoas se apropriem de argumentos que lhes permitam refletir, elaborar e, principalmente, promover o debate na sociedade sobre as implicações do aborto no Brasil, de forma aberta, fundamentada e, sobretudo, considerando a situação das mulheres que se encontram em tais circunstâncias.

Obs: os demais não possuem sinopse

ANEXO 3

O Aborto dos Outros

(O Aborto dos Outros, Brasil, 2007)

Gênero: Documentário

Duração: 72 min.

Tipo: Longa-metragem / Colorido

Distribuidora(s): Califórnia Filmes

Produtora(s): Olhos de Cão Produções Cinematográficas

Diretor(es): Carla Gallo (2)

Roteirista(s): Carla Gallo (2)

Lançamento do DVD: 14.04.2009

Estréia: 19.09.2008

SINOPSE



Vítima de estupro, uma menina de 13 anos aguarda no hospital os procedimentos para um aborto legal já autorizado. Grávida de seis meses, uma mulher casada concorda em interromper a gravidez a conselho médico, depois que exames constatarem defeitos irreversíveis no feto. Também vítimas de estupro, outras mulheres, uma delas mãe de três filhos, debatem-se com seus dilemas religiosos, temendo castigo de Deus depois da intervenção. Empregada doméstica que recorreu a um remédio para provocar o aborto teve hemorragia intensa, foi parar num hospital. Acabou denunciada e sendo algemada na cama, além de enfrentar um processo. Vista sob o prisma de situações-limite, a maternidade de mulheres geralmente pobres revela aspectos solitários e extremos.

ANEXO 4



Direitos

Mediadores da APF [Disponível em www.youtube.com]

Falar disso: a propósito dos 40 anos da APF []

(Permitido o visionamento em contextos não comerciais)

O filme "Falar Disso" foi produzido pela APF, em parceria com a RTP2, e aborda as quatro décadas de existência da APF sob o ponto de vista das mudanças ocorridas na sociedade portuguesa, nas nossas áreas de trabalho, tais como a situação vivida nos anos 60 em Portugal, a criação da APF e das actividades pioneiras do planeamento familiar nos serviços de saúde, as mudanças ocorridas com o 25 de Abril, nomeadamente as reivindicações em torno dos direitos das mulheres, da contracepção e do aborto legal e os progressos alcançados nestes 40 anos. Por outro lado, o filme apresenta os problemas e os desafios actuais da área da saúde sexual e reprodutiva tais como o VIH/SIDA, a gravidez na adolescência ou o trabalho com homens.

O filme foi estreado nas 12^{as} Jornadas APF e exibido, em Dezembro, no programa *Sociedade Civil* da RTP2, tendo sido seguido de um debate. Segundo os dados fornecidos pela RTP, o filme foi visto por cerca de 80 mil pessoas.

ANEXO 5

Sinopse: **Fim e: Quatro Meses, 3 semanas e dois dias**

Em 1987, nos últimos dias do comunismo, Otilia (Anamaria Marinca) e Gabita (Laura Vasiliu) dividem um quarto num dormitório estudantil. Elas são colegas de classe na universidade de uma pequena cidade romena. Gabita está grávida e o aborto é ilegal no país. Otilia aluga um quarto num hotel barato. Lá elas recebem um certo Sr. Bebe (Vlad Ivanov), chamado para resolver a questão. Mas, ao saber que Gabita está com a gravidez mais adiantada do que havia informado, Sr. Bebe aumenta as exigências para o serviço. Ele cobra um preço que as duas não estão preparadas para pagar.



Premiações

Recebeu uma indicação ao Globo de Ouro de Melhor Filme Estrangeiro.

Recebeu uma indicação ao César de Melhor Filme Estrangeiro.

Recebeu uma indicação ao Independent Spirit Awards de Melhor Filme Estrangeiro.

Ganhou 2 prêmios no European Film Awards, nas categorias de Melhor Filme e Melhor Diretor. Foi ainda indicado nas categorias de Melhor Atriz (Anamaria Marinca) e Melhor Roteiro.

Recebeu uma indicação ao Grande Prêmio Cinema Brasil de Melhor Filme Estrangeiro.

Ganhou a Palma de Ouro e o Prêmio FIPRESCI, no Festival de Cannes.

Ganhou o Prêmio FIPRESCI, no Festival de San Sebastián.

ANEXO 6

filme :



O Segredo de Vera Drake

(*Vera Drake*, 2004)

- » **Direção:** [Mike Leigh](#)
- » **Roteiro:** [Mike Leigh](#)
- » **Gênero:** [Drama](#)
- » **Origem:** Estados Unidos/França/Nova Zelândia
- » **Duração:** 125 minutos
- » **Tipo:** Longa-metragem
- » **Trailer:** [clique aqui](#)
- » **Site:** [clique aqui](#)

» **Sinopse:** Vera Drake é uma mulher devotada e amada por sua família. Ela utiliza seus dias cuidando de sua vizinha doente e sua mãe idosa. Porém, secretamente, ajuda mulheres que não querem engravidar a abortarem, uma prática ilegal na Inglaterra nos anos 1950. Quando as autoridades a descobrem, sua vida e a vida de seus conhecidos toma novos rumos.



ANEXO 7

“Quando as mulheres precisam elas fazem. Mesmo que corram um risco de vida e de serem presas, jamais elas vão deixar de abortar. Jamais!”

Depoimento de uma gestante

Jornadas pelo Direito ao Aborto legal e seguro

O aborto seguro é um direito humano fundamental. É uma opção segura e legal para mulheres que desejam interromper uma gravidez. O aborto seguro é uma escolha pessoal e deve ser respeitado.

O aborto seguro é uma opção segura e legal para mulheres que desejam interromper uma gravidez. O aborto seguro é uma escolha pessoal e deve ser respeitado.

Objetivos

O objetivo principal das jornadas é garantir o acesso das mulheres ao aborto seguro e legal. Também é importante educar a sociedade sobre os direitos das mulheres e a importância do aborto seguro.

Programa

O programa das jornadas inclui palestras, debates e atividades interativas. As palestras abordam temas como a saúde reprodutiva, os direitos das mulheres e o aborto seguro. Os debates permitem que as mulheres compartilhem suas experiências e opiniões.

Participação

A participação das mulheres é essencial para o sucesso das jornadas. É importante que as mulheres sejam ouvidas e que suas vozes sejam amplificadas.

Conclusão

O aborto seguro é um direito humano fundamental. É uma opção segura e legal para mulheres que desejam interromper uma gravidez. O aborto seguro é uma escolha pessoal e deve ser respeitado.

aborto
 As mulheres decidem. A sociedade impõe. O Estado garante.

ANEXO 8

FOTO ANENCEFALIA CAMPANHA CEPIA/CNDM



**QUANDO O PARTO
É DE UM ANENCÉFALO,
O RESULTADO
NÃO É UMA CERTIDÃO
DE NASCIMENTO.
É UM ATESTADO DE ÓBITO.**

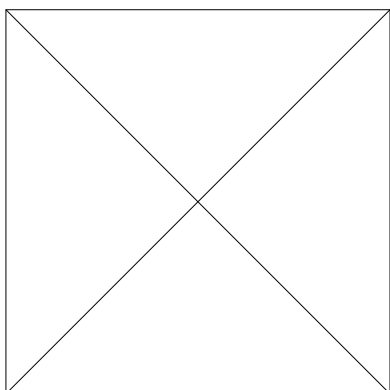
A anencefalia, ou ausência de cérebro, é uma má formação fetal incompatível com a vida. Hoje, os exames de ultrasonografia identificam a anencefalia já no princípio da gestação. Porém, o Código Penal Brasileiro, que foi instituído em 1940, muitos anos antes de existir a ultrasonografia, ainda hoje não permite que a gestante interrompa a gravidez nesta circunstância. Não considera assim, o enorme sofrimento desta mulher e de sua família. A anencefalia é irreversível e incompatível com a vida. Mas as leis são reversíveis e devem ser compatíveis com a dignidade humana.

As mulheres devem ter o direito de decidir pela interrupção da gravidez em casos de anencefalia.

CNDM Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

cepia

ANEXO 9



CAMPANHA "CRIMINALIZAR O ABORTO RESOLVE? VAI PENSANDO AI":

A campanha "**Criminalizar o aborto resolve? Vai Pensando Ai**" visa promover o debate sobre a eficácia e atualidade da lei penal que criminaliza o aborto, por meio de perguntas feitas a transeuntes nas ruas de uma grande cidade do país. Produzido em março de 2008, o vídeo da campanha "Vai pensando ai" foi desenvolvido gratuitamente para Ipas Brasil pela Agência Santa Clara e já foi exibido na MTV e outros canais de TV do Brasil como "anúncio de utilidade pública", além de ter participado como um dos finalistas ao prêmio máximo da propaganda da categoria "Filme" do Festival de Cannes de 2008.

Virtualmente, a campanha conta com uma comunidade no [Orkut](#) e o apoio na divulgação e geração de debates online através de diferentes redes sociais como o [YouTube](#), [MySpace](#), [Yahoo](#), [Google](#); além de diversos blogs e sites.

A exibição do vídeo da campanha também está em congressos, cursos e seminários de organizações como a UNE (União Nacional dos Estudantes), que, em parceria com o Ministério da Saúde, promoveu a discussão sobre a legalização do aborto durante a "**Caravana UNE: Saúde, Educação e Cultura**". A Caravana percorreu 41 universidades públicas e privadas nos 26 estados brasileiros no período de agosto a novembro de 2008. O vídeo "Vai pensando ai" foi um dos materiais apresentados nos debates.

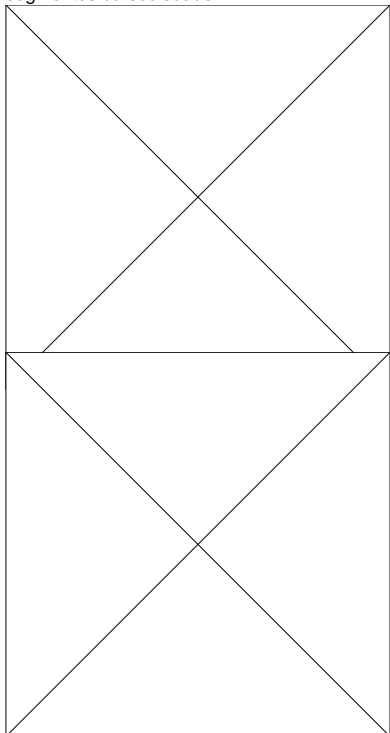
Em 2009, durante o **Fórum Social Mundial** em Belém, a Campanha "Vai Pensando Ai", do Ipas Brasil, percorreu seminários, marchas, oficinas e acompanhou o movimento em manifestações, exibição de filmes, stands e espaços alternativos daquele que é considerado o maior evento de movimentos sociais e que teve a participação de cerca de 150 mil pessoas de mais de 140 países.

Além da gravação de [novos vídeos](#) da campanha "Criminalizar o aborto resolve? Vai Pensando Ai", foi lançado o site www.vaipensandoai.com.br, com a distribuição de pulseiras de borracha laranja, que divulgaram a iniciativa para o público presente. O stand montado por Ipas Brasil veiculou, durante todo o evento, o vídeo "Vai Pensando Ai", ao mesmo tempo em que a equipe da organização realizava enquetes com os participantes do Fórum sobre as perguntas abordadas na campanha: "Você conhece alguém que já fez aborto? Essa mulher deveria ser presa?".

A cobertura contou com a colaboração de jovens de Santarém, no Pará, participantes do programa "**Jovens Promotores de Saúde de Santarém**". A missão deste grupo é atuar junto a outros jovens e aos parceiros da rede na promoção de atividades (oficinas, capacitações, dinâmicas, esquetes teatrais, etc) que possibilitem a reflexão e o diálogo sobre os direitos humanos dos adolescentes e jovens, tendo a questão da violência sexual como referência.

A equipe do Ipas procurou se integrar aos diferentes territórios do FSM, como as tendas sobre direitos humanos, nas quais a campanha foi muito bem acolhida, os eventos que tinham como enfoque a juventude, além daqueles realizados pelo movimento de mulheres, entre outros grupos.

O cenário do Fórum Social Mundial foi ideal para essa atividade pois mostra a diversidade de opiniões sobre o tema e incentiva a participação colaborativa agregada a outros movimentos sociais, estimulando, assim, o debate acerca da descriminalização do aborto entre diferentes segmentos da sociedade.



Informações sobre: copyright ©, exclusividade e referências médicas

ANEXO 10

Campanha APF

Anexo 11**Fluxograma da Rede de Atendimento
às Vítimas de Violência Sexual
no Município de Florianópolis**

ANEXO 12

RELATÓRIO FINAL DOS TRABALHOS DA COMISSÃO DE REVISÃO DA LEGISLAÇÃO PUNITIVA QUE TRATA DA INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

INTEGRANTES DA COMISSÃO

Poder Executivo

Maria Laura Sales Pinheiro, Secretária-Adjunta da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e coordenadora dos trabalhos da Comissão;
Maria José de Oliveira Araújo, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde;
Pedro Vieira Abramovay, Assessor Especial do Ministro da Justiça;
Denise Caldas Figueira, Assessora da Subchefia para Assuntos Jurídicos Casa Civil da Presidência da República;
Paulo Sérgio de Castilho Muçouçah, Assessor Especial da Secretaria Geral da Presidência da República;
Carolina de Campos Melo, Assessora Internacional da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

Poder Legislativo

Senadora Serys Slhessarenko (PT/ MT);
Senador Eduardo Suplicy (PT/SP);
Senador João Capiberibe (PSB/AP);
Deputada federal Ângela Moraes Guadagnin (PT/SP);
Deputada federal Elaine Costa (PTB/RJ);
Deputada federal Suely Campos (PP/RR).

Sociedade Civil

Shuma Schumacher, integrante do Comitê Executivo da Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB) e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM);
Maria Ednalva Bezerra de Lima, secretária Nacional sobre a Mulher Trabalhadora da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e integrante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM);
Maria Elvira Salles Ferreira, Presidenta do Fórum de Mulheres do Mercosul e integrante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM);
Lia Zanotta Machado, integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM);
Edumndo Chada Baracat, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo);
Thomaz Rafael Gallop, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

ANEXO 13

Carta Denúncia sobre perseguição e tentativa de criminalização por defender a autonomia e os direitos das mulheres

Católicas pelo Direito de Decidir vem a público denunciar que está sofrendo um processo de perseguição, com tentativa de criminalizar nossas integrantes e de procurar desacreditar publicamente nossa organização.

Fomos chamadas a prestar esclarecimentos sobre uma acusação de fazer apologia ao aborto e facilitação de crime. A acusação foi feita **anonimamente** por alguém que participou de uma palestra que Rosângela Talib proferiu na Universidade Federal do Paraná (UFPR), em Curitiba. Essa pessoa, através de e-mail, notificou a Promotoria de Justiça do estado de São Paulo. A justificativa dada foi a de que Rosângela Talib teria dito que na organização informamos às mulheres quais profissionais e serviços prestam atendimento seguro.

Esclarecemos, no entanto, que Rosangela Talib coordena um trabalho de sensibilização e capacitação de profissionais e demais pessoas dos setores que atuam no atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, visando a contribuir para a ampliação e melhoria dos serviços de aborto legal no país - ou seja, trata-se de aborto previsto em lei. Não só ela, como todas nós, de Católicas, quando indagadas pelas mulheres, informamos sobre a legislação e os locais de funcionamento dos serviços de aborto legal. Além disso, atuamos politicamente, exercendo a nossa cidadania, para que o aborto deixe de ser considerado crime naqueles casos não previstos em lei e para que as mulheres, especialmente as pobres, possam ter atendimento nos hospitais públicos, evitando assim que morram em decorrência da prática clandestina e insegura do aborto.

Católicas pelo Direito de Decidir, uma organização não governamental feminista, desde 1993 luta por justiça social, articulada com outras organizações brasileiras, bem como atua para a conquista da autonomia das mulheres. Lutamos especialmente para garantir o direito de decidir de homens e mulheres sobre a sexualidade e a reprodução. Defendemos a pluralidade e o respeito às expressões religiosas, sem distinção. Defendemos o respeito à condição laica do Estado brasileiro como a única forma de garantir a cidadania de todos e todas.

Atuamos por uma política ampla e efetiva de saúde reprodutiva que garanta os meios efetivos de educação e acesso ao planejamento familiar. Defendemos que a decisão de uma mulher de interromper a gravidez seja respeitada como um direito.

Repudiamos a forma autoritária e inquisitória encadeada por grupos fundamentalistas com o claro propósito de evitar o debate social e realizar verdadeira perseguição às pessoas e organizações que buscam a conquista da liberdade e da emancipação de homens e mulheres.

Denunciamos a existência de um processo de perseguição em curso no Brasil, com o indiciamento de mais de mil mulheres no Mato Grosso do Sul, e com a aprovação na Câmara dos Deputados de uma CPI da inquisição (do aborto), em dezembro de 2008. Esta CPI quer utilizar o Congresso Nacional como instrumento de criminalização das mulheres e das organizações que apóiam as lutas por autonomia das mulheres.

Católicas Pelo Direito de Decidir
www.catolicasonline.org.br
cddbr@uol.com.br
Fone: (55) (11) 3541-3476

ANEXO 14

A carta de Lula aos bispos brasileiros

O presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, em carta de 9 de agosto de 2005 para o presidente da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), cardeal Geraldo Majella, afirma ter "plena noção da gravidade" da crise política pela qual passa o país, em razão de uma ampla série de acusações de corrupção que atingem o governo e parte de sua base de apoio. Leia a íntegra da carta enviada por Lula à CNBB:

"Meu prezado dom Geraldo Majella,

Tomo a liberdade de lhe escrever esta mensagem por ocasião da abertura de mais esta Assembléia Geral da CNBB. Dirigindo-me à sua pessoa quero dirigir-me a todos os senhores bispos, arcebispos e cardeais que compõem a Igreja Católica no Brasil. Em primeiro lugar quero desejar pleno êxito a esta Assembléia em Itaipó. Como em tantas outras oportunidades da história recente do nosso país, as decisões e orientações da CNBB têm sido referências fundamentais para a formação espiritual, política e ética do povo brasileiro.

Esta Assembléia ocorre num momento muito particular de nosso país, em que uma crise política nos atinge fortemente. Quero, com toda a franqueza, afirmar-lhe que tenho plena noção da gravidade do processo que estamos vivendo e de como ele precisa ser superado para que o país retome sua vida normal de desenvolvimento e inclusão social.

Reafirmo que minha determinação tem sido no sentido de que todos os erros e desvios devam ser apurados e punidos, doa a quem doer. Naquilo que é papel e função do Poder Executivo, todo o rigor de combate a qualquer tipo de corrupção deverá ter continuidade. Como os dados podem demonstrar, nunca na história deste país a Polícia Federal teve atuação tão incisiva, assim como a Controladoria Geral da União. Na mesma perspectiva, espero que os processos nas demais esferas de poder tenham um desfecho breve, maduro e conseqüente. Tenho, sinceramente, a esperança de que este seja um processo purificador para a vida política do país e para a afirmação dos princípios democráticos e dos valores republicanos. Tenho consciência de que não podemos frustrar as expectativas de nossa gente, particularmente dos mais pobres.

Ao mesmo tempo, dom Geraldo, tenho envidado todos os esforços para que a crise política não paralise nosso governo e nosso país. O que tem sido interpretado, muitas vezes maliciosamente, como antecipação de campanha eleitoral é justamente um empenho do governo para sinalizar à sociedade brasileira que o país continua crescendo e que deve continuar a se desenvolver de forma sustentável. Nessa perspectiva, continuarei a andar pelo país, animando nossa gente e celebrando como vitória do povo as muitas ações de governo, que tendo sido planejadas e cultivadas, agora começam a render os frutos almejados. Quero lhe assegurar, nesse sentido, que se a atual crise me entristece, ela de maneira alguma abate meu ânimo e a minha disposição de trabalhar e governar. Quem já passou por tantas dificuldades como eu não tem o direito de se abater. E Deus não tem me faltado.

Confesso, dom Geraldo, que dentre tudo o que conseguimos realizar neste período, dois aspectos me trazem especial alegria e satisfação: de um lado, o crescimento do número de empregos formais, que atingiu a casa dos 3.135.012, no mês de junho passado. Esses postos de trabalho, embora insuficientes para nossas necessidades, representam um número 13 vezes superior à média mensal do governo passado; por outro lado, a implementação sustentada das políticas sociais, no qual o Bolsa-Família assume a posição de carro-chefe e já beneficia 7.500.000 famílias sendo um instrumento poderoso de inclusão social. Só menciono esses dois avanços como sinal da reafirmação de nosso compromisso com a superação dos graves desequilíbrios sociais acumulados ao longo de décadas, com a afirmação da dignidade humana em todos os momentos e circunstâncias e com a rigorosa proteção do direito dos indefesos.

Nesse sentido quero, pela minha identificação com os valores éticos do Evangelho, e pela fé que recebi de minha mãe, reafirmar minha posição em defesa da vida em todos os seus aspectos e em todo o seu alcance. Os debates que a sociedade brasileira realiza, em sua pluralidade cultural e religiosa, são acompanhados e estimulados pelo nosso governo, que, no entanto, não tomará nenhuma iniciativa que contradiga os princípios cristãos, como expressamente mencionei quando tive a honra de receber a direção da CNBB no Palácio do Planalto.

Quero encerrar colocando-me à disposição da presidência da CNBB e de todos os membros do episcopado, para que possamos dar continuidade ao diálogo que até hoje tem marcado nossa convivência. Tenho convicção de que o exercício da consciência crítica da igreja, que tem como referência a fé e o Evangelho, constitui-se numa contribuição fundamental para a construção de um governo justo e democrático.

Receba minha fraterna saudação,

Luiz Inácio Lula da Silva.

Presidente da República Federativa do Brasil".

<http://www.mmais.com.br>
Revista Eletrônica M+ (Campinas, SP)
Matéria publicada em 10 de agosto de 2005

ANEXO 15

FOTOS DA CAMPANHA “MÉDICOS PELA ESCOLHA” TIRADAS NO METRÔ DE LISBOA NO DIA 04/04/2007



Propaganda em Lisboa realizada pelos “Médicos pela escolha” encontrada no metrô



Propaganda em Lisboa realizada pelos “Médicos pela escolha” encontrada no metrô

ANEXO 16

MAL POUCO COMUM, MAS NÃO RARO

Oito bebês nascem por dia no Brasil com anencefalia. É um nascimento a cada três horas. Entenda o que é essa anomalia, como pode ser diagnosticada e os riscos para a saúde da mãe:

▶ O QUE É

Ao contrário do que diz o nome, a anencefalia não se caracteriza pela ausência de encéfalo (que é o conjunto de órgãos do sistema nervoso central contido na caixa craniana). Anencefalia quer dizer, na verdade, ausência do cérebro e do cerebelo. Além dessas duas estruturas, há ainda o tronco cerebral. Esse, na maior parte das vezes, é preservado nos anencéfalos.



▶ EXPECTATIVA DE VIDA

Mais de 50% dos fetos acometidos por anencefalia morrem dentro do útero. Dos que nascem vivos, 99% não resistem aos três meses de idade. Na maioria das vezes, eles morrem no momento do parto ou nas primeiras horas de vida.

▶ INCIDÊNCIA

Aproximadamente uma criança para cada mil nascimentos. Essa taxa é uma média já confirmada no Brasil. Não se sabe o motivo, mas acomete mais meninas que meninos.

▶ CAUSAS

A medicina ainda não sabe exatamente os motivos. Há um fator genético que contribui para a anomalia (apesar de ainda não se conhecer a existência de um gene específico ligado à anencefalia) e um fator ambiental. A evidência mais forte, no campo ambiental, é que a falta de ácido fólico (um tipo de vitamina B) contribui para o surgimento da má-formação cerebral.



▶ TRATAMENTO

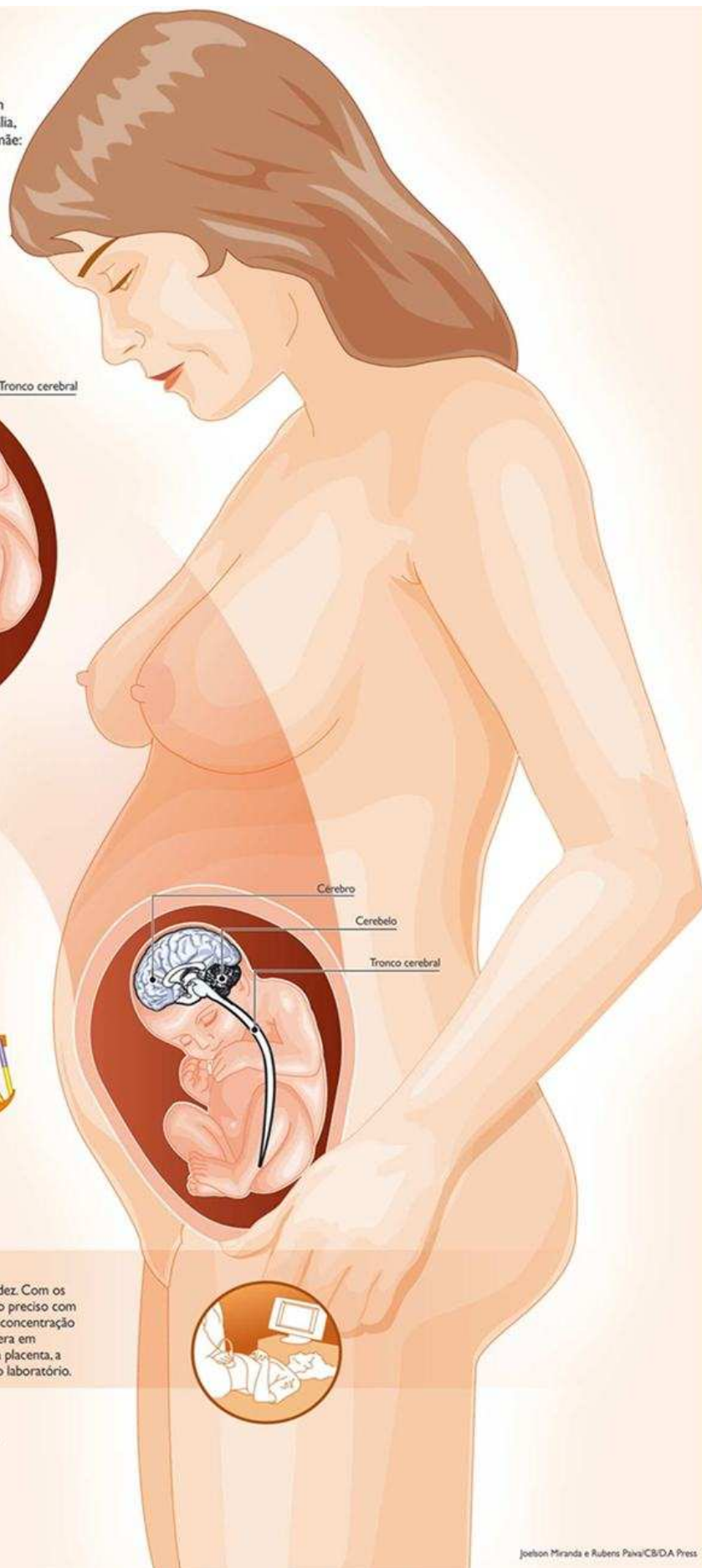
Não há tratamento conhecido para essa anomalia.

▶ DIAGNÓSTICO

Por meio de ultra-sonografias entre a 12ª e a 16ª semana de gravidez. Com os aparelhos cada vez mais modernos, é possível fazer um diagnóstico preciso com as imagens. Outro exame é pelo sangue da gestante, para medir a concentração de alfafetoproteína, uma substância que o feto com anencefalia libera em quantidade maior que o normal no líquido amniótico. Por meio da placenta, a alfafetoproteína passa para o sangue da mãe e pode ser medida no laboratório.

▶ RISCOS PARA A MÃE

A gestante, nesse caso, corre todos os riscos pelos quais qualquer grávida passa: hipertensão, diabetes, deslocamento de placenta. Uma vez que a criança não tem os reflexos que a habilitam a engolir o líquido amniótico, o volume de líquido é excessivo e pode causar problemas renais para a mãe, além de desconforto.



ANEXO 17**TABELAS DE INFORMANTES**
BRASIL E PORTUGAL