

NEGOCIAÇÕES DO CORPO: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AO ABORTO LEGAL EM UMA MATERNIDADE POTIGUAR¹

Maynara Costa²

Rozeli Porto³

Resumo: No Código Penal Brasileiro existem permissibilidades para a realização de alguns procedimentos de abortamento, o chamado aborto legal. Nos casos de violência sexual, por exemplo, é assegurado o direito da mulher em optar por interromper a gestação. Todavia, mesmo que essa chamada permissão esteja garantida por lei e ratificada em normas ministeriais, ainda encontra-se morosidade em seu procedimento, haja vista que o profissional de saúde pode, em virtude das suas crenças morais ou religiosas, optar pela “objeção de consciência”; essa escusa seria invocada a partir das representações desses sujeitos sobre o que seria o aborto legal. O presente trabalho versará acerca de pesquisa em andamento dentro de uma maternidade de referência em procedimentos de abortamento legal na capital do Rio Grande do Norte. Busca-se analisar as representações dos profissionais de saúde sobre as práticas de aborto legal, como também verificar como e por que acionam a “objeção de consciência”. A pesquisa é de cunho qualitativo, com utilização de observação e entrevistas semiestruturadas.

Palavras-chave: violência sexual, hospital/maternidade, profissionais de saúde, objeção de consciência

1. Introdução

O presente trabalho tem por objetivo analisar as representações dos profissionais de saúde sobre as práticas de aborto legal, verificando os “usos” e “desusos” que estes sujeitos fazem da “objeção de consciência”. A pesquisa em andamento está sendo realizada em uma maternidade de referência em procedimentos de abortamento legal na capital do Rio Grande do Norte. Trata-se de uma investigação qualitativa, para a qual estão sendo entrevistados profissionais de saúde que compõe o Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual – PAVAS (assistentes sociais, médicos e psicólogos), bem como os outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual.

O texto se divide em cinco partes: na primeira, discute-se a violência sexual, o estigma do estupro e a demora das mulheres vítimas de violência em busca de atendimento. A segunda parte discorre sobre a infraestrutura da Maternidade pesquisada e a superlotação. No que diz respeito a terceira e quarta partes, analisa-se a burocracia imposta às mulheres nesses itinerários abortivos, os processos inquisitórios e a violência

¹ Trabalho apresentado na 30ª. Reunião Brasileira de Antropologia, da Associação Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 3 e 6 de agosto de 2016 em João Pessoa/PB.

² Mestranda no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social/PPGAS/UFRN.

³ Professora do Programa de Pós-graduação e do Departamento de Antropologia Social/DAN/PPGAS/UFRN.

institucional. Por fim, discute-se questões que envolvem os profissionais de saúde a acionarem a Objeção de Consciência.

2. Violência sexual, estigma e atendimento

É imperativo observar que no Brasil o número de mulheres que sofrem violações sexuais tem aumentado em escalas preocupantes. Segundo os dados do 9.º Anuário Nacional de Segurança Pública (2014), acontece no país um estupro a cada onze minutos, dados efetivos de mulheres que reportaram a violência a autoridades policiais. Em contrapartida, o mesmo anuário revela que as mulheres se sentem mais a vontade em reportar os casos de violência em instituições hospitalares, o que ocasiona um aumento dos dados para esse tipo de violência. Acredita-se, então, que a cada um minuto uma mulher seja vítima de estupro no Brasil.

Vera Lúcia Vaccari (2001) assinala a violência sexual como uma “violência de gênero”, pois contempla em sua maioria sujeitas que estão de algum modo em vulnerabilidade social. Nessa mesma perspectiva, a antropóloga Lia Zanotta Machado (1999), após ouvir agressores e vítimas de violência sexual, observou que “de um lado, o ato de estupro é posto como signo de masculinidade. É em nome da ‘fraqueza masculina’, como se fora do estado derivado da ‘natureza masculina’, que a realização do estupro é relatada pelos estupradores”. Portanto, a ideia do poder e da força saneia o estupro, sendo estas características primordiais para existência deste tipo de violência, por gerar coerções e ameaças, tornando a mulher um ser marginal, enquanto o homem apenas exerceu uma força ‘natural’.

Em razão desse delito, o Estado assegura às vítimas de violência sexual atendimento de emergência em instituição hospitalar. Nessas instituições, devem ser colocados em prática os protocolos de atendimento as vítimas, sendo realizada profilaxia⁴ de acordo com as necessidades e especificidades da violência. Todavia,

⁴ A Quimioprofilaxia antirretroviral não é indicada em todos os casos de violência sexual, deve-se pensar na especificidade de cada paciente, aja vista que em muitos os casos os efeitos colaterais são maiores que os benefícios. A exemplo disso em casos sem a presença de ejaculação ou em casos de sexo oral é prescrito que de haver uma avaliação individualizada (BRASIL, 2012a).

existem mulheres que por vergonha⁵ de carregar qualquer espécie de estigma (GOFFMAN, 1980) por conta do abuso sofrido, buscam um atendimento hospitalar tardio⁶, o que por vezes pode acarretar em contágio com algumas DSTs ou mesmo uma gravidez indesejada. Conforme informa uma das médicas,

MDO - “É, existe um mito muito grande com essa coisa de estupro, né? Há uma estigmatização muito grande da mulher, ela não quer ser estigmatizada como ‘aquela mulher que foi estuprada’. Então, todo o atendimento é difícil, do começo ao fim é difícil.”

Conforme observam Faleiros e Faleiros (2006), “contar para outrem” é o “primeiro e decisivo passo”, que consiste em revelar fatos acerca da violência que sofreu ou que vem sofrendo. Em consonância a isto, Santos (2011) assevera que o receio em informar as circunstâncias do abuso pode estar associado ao medo da rejeição familiar, ao fato da família não acreditar em seu relato, por medo de perder os pais ou parceiro, de ser expulsa de casa, ou ainda, pela falta de informação ou consciência sobre o que é o que seria uma violência sexual. Do mesmo modo, o agressor pode fazer parte do seu ambiente social ou familiar, conforme explanado por Faundes e colaboradores (2006), o que tornaria mais dificultoso por parte das mulheres em realizar a denúncia ou procurar os serviços de saúde quando o agressor é pessoa próxima.

Se da violência sexual resulta em gravidez, essa se caracteriza como exceção de permissibilidade a regra penal, ou seja, neste caso haveria a permissão para realizar o abortamento – que chamaremos ao longo do texto de aborto legal, permitido pelo Código Penal Brasileiro (1940) para este caso específico.

Em razão disso, no Brasil existem maternidades que são referências no atendimento de vítimas de violência sexual e na realização do abortamento legal, tendo em vista que o Ministério da Saúde em seus manuais “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde” (2011) e das Normas Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” (2005),

⁵ Lima (2007) fala sobre o silêncio destas mulheres e o atribui à vergonha, ao medo, à culpa ou até mesmo à falta de credibilidade quanto ao acolhimento de sua queixa nos serviços de saúde. Há uma verdadeira dinâmica dominante que perpetua a dificuldade de comunicação.

⁶ Esse atendimento tardio seria caracterizado a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual, pois propiciaria os riscos de gravidez e de DST/HIV, haja vista que durante a quimioprofilaxia não haveria a eficácia comprovada da AE e dos ARV, portanto, eles não serão prescritos.

informam que o aborto deverá ser realizado em maternidades públicas⁷, por ser a saúde um direito de todos e para todos. Dentre as instituições brasileiras aptas a realizar tais procedimentos, encontra-se a Maternidade Santa Catarina, a qual se apresenta como o *locus* desse estudo.

3. Maternidade e superlotação

A maternidade selecionada para esta investigação está localizada na zona norte da Capital Potiguar, sendo a segunda maior maternidade do Estado e a Instituição de referência em partos de alto risco⁸. Neste hospital, são constantes os problemas de infraestrutura e falta de recursos humanos, devido a sua constante superlotação. Em razão disso, a partir de fevereiro de 2016, o hospital passou a funcionar de maneira regulada, ou seja, passou-se a atender os pacientes em situação apenas de “urgência” e “emergência” ou com encaminhamentos de outras instituições⁹. Tal medida foi adotada para evitar o congestionamento de pacientes que não se enquadrariam nessa classificação de risco, e com isso desafogar os corredores hospitalares.

Contudo, entre os meses de março e maio do corrente ano (2016), ainda era possível visualizar pacientes amontoados nos corredores em cadeiras de plástico, ou, para os que tinham mais sorte, em leitos precariamente improvisados¹⁰. A maternidade conta com 88 leitos obstétricos, mas nestes dias todos estavam superlotados: mulheres aguardavam o trabalho de parto em cadeiras de plástico amontoadas no corredor há mais de 16 horas; o centro cirúrgico estava ocupado com seis pacientes; haviam mais duas mulheres paridas numa sala de parto com mais três crianças em incubadoras recebendo atendimento como se estivessem em uma unidade neonatal, e não havia como deslocá-las para um leito. Não havia vaga em outros setores, não havia mais cadeiras. Naqueles finais de abril, a demanda que já deveria estar reduzida em razão das

⁷ Vale salientar que apenas a maternidade pública são qualificadas para realizar o procedimento de abortamento legal. Todavia, conforme demonstram TORNISQUIST et al, 2013; MOTTA, 2013; DANTAS SOUSA e PORTO, 2013 dentre outras, mulheres de camadas sociais abastardas acabam por procurar clínicas particulares para procedimentos de aborto, seja legal ou não.

⁸ A Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

⁹ Sobre “urgências” e “emergências” em hospitais, ver GIGLIO-JACQUEMOT, 2005.

¹⁰ No dia 29 abril, o hospital teve seu ápice de superlotação. Esta falta de estrutura física seria apontada como a maior responsável pelo aumento do risco de infecções hospitalares, segundo uma obstetra há época entrevistada.

novas medidas adotadas pela instituição, aparentava estar mais caótica que nunca. Uma enfermeira nos conta que:

ENF1: *“Deus me perdoe, mas se tivesse condição de botar uma por cima da outra, isso iria acontecer. Por quê? Porque não tem como a gente mandar ninguém embora. Jamais a gente faria isso. [...] e essa sobrecarga está muito grande. A gente está adoecendo. Eu mesma estou doente, estou me sentindo doente. Pela demanda, pelo serviço, pela falta de condição. E a demanda está aberta. A classificação de risco não funciona todos os dias por falta de funcionário. Só estamos aferindo os sinais vitais, e deixando o paciente entrar.”*

Essa superlotação, deve-se ao fato de que, apesar do Santa Catarina ser um hospital de referência em alto risco, a maioria dos partos que chegam a instituição caracterizam-se como sendo de baixa complexidade¹¹: notadamente, os municípios circunvizinhos não se preparam para realizar o parto de suas moradoras. Dados levantados por nós juntos ao arquivo do hospital, revelam que a instituição realiza mais partos de mulheres de municípios circunvizinhos que de Natalenses¹². Uma ginecologista ainda assevera que:

Mdc – *“Aqui a dificuldade não é nem só pra essas pacientes, é pras pacientes em geral. Nós temos um setor superlotado, um plantão com poucos profissionais pra atender um alto risco, e juntamente com o alto risco que nós temos que atender o dia inteiro, nós não temos um tempo disponível necessário, nem um local específico para o atendimento dessas pacientes”.*

E é dentro dessa realidade de falta de infraestrutura e recursos humanos, que funciona o “Programa de Assistência as Vítimas de Abuso Sexual” (PAVAS), o qual segue um protocolo multidisciplinar¹³ (profissionais da psicologia, da assistência social, da medicina e da enfermagem), e o seguimento ambulatorial.

O PAVAS foi formado no ano de 2001, nesta oportunidade a maternidade Santa Catarina havia sido convidada pelo Ministério da Saúde, Secretaria Saúde do RN e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a implantar um

¹¹ São considerados partos de baixa complexidade (ou baixo risco), todos aqueles que não apresentam fatores geradores de risco gestacional, tanto para o feto como para a mãe. (BRASIL, 2012)

¹² O número de partos de municípios da grande natal é de: Ceará-mirim: 114; São Gonçalo do Amarante: 66; Macaíba: 52; ou seja, Ceará-mirim, é o município que mais envia partos de baixa complexidade para o Santa Catarina. Estes dados foram colhidos durante os 3 primeiros meses deste ano.

¹³ Em consonância com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os serviços de referência de atendimento à violência sexual devem oferecer suporte social, acompanhamento psicológico e orientação dos direitos da vítima. Ou seja, devem contar com uma instalação física que garanta privacidade e recursos humanos qualificados, representados por uma equipe multiprofissional.

programa que atendesse mulheres em situação de violência sexual. Já em 2008 o programa buscou sistematizar os registros de atendimentos. Avançando, em 2010, houve a implantação do protocolo de Atenção à Mulher em situação de violência sexual, pelo programa. E por derradeiro, em 2011, a equipe do Ministério da Saúde iniciou um processo capacitação com a equipe, com a intenção de implementar um ambulatório para acompanhamento de mulheres em situação de violência sexual, atendidas na emergência.

A equipe do PAVAS que detém o controle¹⁴ de medicamentos para profilaxia de DSTs virais e não virais e da anticoncepção de emergência, mediação de notificação compulsória, registros e atualização de protocolos. Destaca-se que a equipe multiprofissional é acionada apenas em ocasiões em que vise atender mulheres em situação de violência sexual¹⁵. Também cabe ao PAVAS: 1) aprovação ou não dos casos de interrupção da gestação, quando solicitados pelas mulheres em situação de violência; 2) oferecer suporte psicológico e social; 3) viabilizar o procedimento, cumprindo os protocolos recomendados pela Norma Técnica. Consoante a estas práticas de controle, Bispo e Souza (2007) afirmam que “A mulher torna-se propriedade da equipe de saúde. Todos têm controle sobre seu corpo.”, conduta esta que despessoaliza e retira qualquer projeto pessoal dessas sujeitas (ORTNER, 2007).

4. “A gente não sabe aonde ir, daí vai a todo lugar”...: burocracias e itinerários abortivos

MEO- “Qualquer mulher que chega aqui é atendida. Qualquer caso, de baixo ou de alto risco, violência ou não. Porque aqui é o fim de linha mesmo. Toda paciente que chega aqui é atendida. Então, a única certeza é essa.”

As profissionais do hospital pesquisado informaram que existe um itinerário comum entre as mulheres que sofreram uma violência sexual, para realização a profilaxia de emergência ou, em casos tardios, o aborto legal. As mulheres após sofrerem uma violência, se direcionam primeiramente as DEAM’S (Delegacias da

¹⁴ Esse controle lembrado conceito de *biopoder* elaborado por Foucault (2002), em que o corpo funcionária ao mesmo tempo como objeto e alvo de poder, agregando-se a ele um significado técnico-político, enquanto elemento que permite exercer constante vigilância sobre ele.

¹⁵ Cabe ainda ressaltar que todos os profissionais que compõe esta equipe são concursados, porém durante sua admissão não são averiguados quanto à sua disponibilidade para prestar atendimento à mulher em situação de violência sexual e abortamento, razão pela qual poderá justificar uma possível objeção de consciência.

Mulher) ou DP'S (Delegacias de Polícia). Nelas, relatam o ocorrido e lavram um boletim de ocorrência (BO). Logo em seguida, são encaminhadas ao ITEP (Instituto Técnico Científico de Polícia) para realização de um laudo pericial. Esta instituição verifica se houve ou não violência, bem como recolhe os vestígios para confecção de provas para o inquérito policial. Só após passar por estas instituições jurídicas essas mulheres se direcionam aos hospitais-maternidades, para promover a cura psicofisiológica.

MD - "A paciente vai para as delegacias, depois para o ITEP, e só depois pra pra cá. Ela é examinada no ITEP, colhe material pras provas e depois vem de lá pra cá. Elas normalmente não sabem que existe esse serviço, são avisadas, geralmente nas delegacias, mas na verdade era prioridade vir pra cá primeiro[...]"

AS - "Tivemos um caso agora, mês passado, que a paciente já veio de outra Unidade, ela já veio rolando de uma Unidade pra outra, ela já havia ido pra a Januário Cicco, e de lá encaminharam pra cá porque ela não era daquela zona. A gente entende que precisa melhorar um pouco a divulgação, e também o Hospital, precisa de estar melhor estruturado, pra facilitar o atendimento delas aqui dentro."

Sobre os aspectos que circunscrevem esses itinerários abortivos, uma assistente social relata que tal itinerário haveria de ser o inverso: primeiro direcionar-se aos hospitais-maternidades, para só depois lavrar um boletim de ocorrência, pois assim, o acompanhamento da violência acaba não sendo tão eficaz. Muitas vezes ao chegar às delegacias para efetuar a denuncia a mulher não é vista como vítima, mas sim como causadora da sua própria agressão (MACHADO, 2010), ou seja, tornando-se duplamente vítima: primeiro do estuprador segundo do Judiciário.

AS - "ela é encaminhada para o PAVAS pra fazer o acompanhamento psicológico. A gente informa que elas têm que denunciar na Delegacia da Mulher, tem que fazer o Boletim de Ocorrência policial, também. Até pra se ter uma investigação."

No entanto, apesar da maternidade ser referência no serviço de abortamento, uma das profissionais do PAVAS prefere acreditar que o serviço não deveria ser divulgado, porque "imagina só a situação? Somos tão poucas treinadas, não daríamos conta".

Este cultivo ao segredo (PORTO, 2009) nos deixa com inúmeras dúvidas: estariam essas profissionais evitando dar publicidade do serviço de aborto legal para as mulheres não saberem dos seus direitos, e conseqüentemente não abortarem? Mas, deve-se pensar nesse programa não só como última razão das mulheres em situação de abortamento, como também de toda e qualquer criança, adolescente e mulher que sofreu algum tipo de abuso sexual, ou seja, é neste serviço também que se efetiva a assistência social, psicológica e clínica que conta com a realização da profilaxia de emergência. Farias e Cavalcanti (2011) preocupam-se com a o número reduzido de interrupções decorrentes de estupro existentes nos serviços de referência no país. Pode-se atribuir tal número a eficácia da contracepção de emergência, todavia, levanta a questão do acesso como um dos embargos, que seria muitas vezes motivada pela falta de divulgação desses serviços.

É possível, através dessa pesquisa, visualizarmos que apesar da capacitação e das tentativas de sensibilização dos profissionais de saúde para realizarem procedimentos de atendimento às vítimas de abuso sexual, ainda existe uma barreira encontrada para acolhimentos dessa natureza. Frequentemente, a “objeção de consciência” é acionada pelos profissionais, especialmente quando estão frente a frente com casos de aborto, como veremos adiante. Porém, não é apenas este embargo existente, há também uma morosidade no serviço de abortamento, tendo em vista que a equipe responsável em realizar tal ato irá avaliar a paciente para identificar a *realidade do aborto*, tal qual já discutido por outras investigadoras (ZAMBRANO, 2004, PORTO, 2008, DINIZ, 2014 ETC.). Esta avaliação começa com o exame de sangue e ultrassonografia¹⁶, seguido de uma avaliação médica e do relato inicial de como ocorreu à violência - que estará como modelo na ficha da paciente para os demais profissionais compararem. Segue para avaliação da assistente social e da psicóloga, que conversarão com a vítima, cada qual em um momento separado. Ao final se todos captarem a mesma história, e existir *nexo de causalidade* (DINIZ, 2014) entre o exame sangue/ultrassonografia e a data que ocorreu a violência relatada pela paciente, esta conseguirá realizar o procedimento que a motivou a procurar o hospital.

¹⁶ Farias e Cavalcanti (2011) pontuam que a ultrassonografia apresenta-se como um novo desafio para os profissionais frente à interrupção da gestação decorrente de estupro, pois atribui maior visibilidade ao feto, o que pode ocasionar interferência nos valores subjetivos e interpretações do que seria uma gestação, tanto pela mulher, quanto pelo profissional. Já para Faundes e Berzalatto (2004), a visualização do embrião afeta consideravelmente o profissional e a mulher quanto à escolha pelo abortamento.

Há uma verdadeira *vigilância contra o engano* (PORTO, 2009), para colher dados que comprovem que a mulher “está falando a verdade”:

FM – “ela tem que passar por vários exames, é como se fosse uma comissão, primeiro passa pela ultrassonografia, pra ver a data, tem que ver primeiro se bate, não é?”

M1 – “Escuta o relato dela, então, encaminha para ultrassonografia, pra ver se bate com o tempo da provável fecundação, né? E uma vez provada à gravidez advinda de um estupro, a usuária terá direito ao acolhimento.”

AS – “Passa pela parte psicológica e o serviço social. Dai nesse momento a gente pega outros dados, dados sociais mesmo. Tipo como é a vida dela, como ela vem se comportando, como foi a violência, pra saber se a paciente se contradiz, né? Como são as expressões dela, e a gente começa a perguntar a ela, né? [...] pode até parecer julgamento, mas é o que tem que ser feito. Então, se ainda restar dúvida a psicóloga tenta fazer um resgate da vida anterior dela, pra só então a gente saber ou não, concordar ou não se foi uma violência sexual. Se a gente concordar, ótimo, aí ela (a vítima) preenche um, assumindo toda a responsabilidade que quer fazer o aborto, e principalmente vai levar toda culpa se estiver mentindo, afinal a gente tem que se proteger, né?”

São recorrentes as expressões sobretudo, ao descrédito à palavra da mulher e a desconfiança quanto à sua responsabilidade no estupro (DREZETT et al, 2005). A decisão de interrupção está marcadamente influenciada pela credibilidade conferida à história relatada pela usuária (FARIAS et al, 2012). Esta “vigilância contra o engano” para não haver violação a regra penal pode ser vista no descrito por DINIZ e [...] 2014, p. 292:

Estudos de opinião mostraram que médicos ginecologistas obstetras ainda acreditam ser preciso o BO ou autorização judicial para que uma mulher tenha acesso ao aborto. Se, por um lado, é possível acolher esse desconhecimento como informação insuficiente sobre o marco das políticas públicas em saúde, por outro, é também possível entendê-lo como sinal de persistência da controvérsia moral como se estabelece a verdade do estupro para o aborto legal.

Faundes e Osis (2008) criticam tal dúvida que permeia essa questão entre os profissionais de saúde, os quais exigem uma “prova” para constatação, se de fato, a gravidez resultou de uma violência. Tal preocupação ficou claramente evidenciada entre profissionais de saúde em um hospital por esses autores avaliado, ao observarem que nesse lugar exigia-se um atendimento prévio por ocasião da violência sofrida, para a realização da interrupção.

Torres (2010) enfoca que a palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ter sido vítima de um crime sexual deve ser acolhida no serviço que a recebe com presunção de veracidade. Isto significa: ter toda credibilidade. O autor chama a atenção de que os objetivos dos serviços de saúde não correspondem aos objetivos da justiça criminal, onde o primeiro visa garantir à mulher o exercício de seu direito à assistência médica integral e segura (TORRES et al, 2009). Para o autor, analisando a palavra da mulher e diante dos dados adquiridos no procedimento assistencial, mesmo na ausência de elementos hábeis para afastar a presunção de veracidade, há de prevalecer a palavra da mulher. Por outro lado, o conhecimento da legislação permite ao profissional estar mais seguro quanto ao temor de ser penalizado.

5. *“Quando ela já chega aqui, ela já vem porque sofreu violência,” né?”*

AS – “Se ela ‘tá mentindo, na hora que ela vai preencher aquele documento assumindo, [...] conta a história pra mim, pro Serviço Social e conta uma história diferente pra psicóloga, aí vai saber que ‘tá mentindo’. Tivemos um caso, dois casos desses, de mentira. A gente não encaminhou pro aborto legal, porque as informações delas não batiam, uma chegou a assinar a declaração, mas mesmo assinando a gente não confirmou. E a segunda não quis nem assinar o protocolo, assumiu [...]”

PS – “Dos casos que eu já atendi, tiveram umas que não voltaram, talvez fosse mentira, porque tem um termo a ser assinado, outras assinaram, e levaram o procedimento adiante, fizeram o aborto legal.”

A vítima de violência sexual ao chegar à emergência do hospital para ter acesso ao atendimento deverá preencher um Termo de Relato Circunstanciado (TRC), seja para procedimentos de profilaxia de emergência e/ou acompanhamento psicológico para realização de abortamento legal. Este documento se assemelha por vezes, ao Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO), que é um registro de um fato tipificado como infração de menor potencial ofensivo utilizado em delegacias de polícia.

Dentro do TRC a vítima deverá informar seu nome, idade, (já vem previsto no formulário que a vítima seria **brasileira** (com A) , o que nos leva a crer que o atendimento de vítimas de violência sexual é realizado majoritariamente para mulheres), número do documento de identificação, data, hora, local e circunstâncias da violência, e deverá informar se o agressor é conhecido ou desconhecido. Informará por quantos homens (no formulário só traz a previsão para crimes cometidos unicamente por homens), qual a raça/cor, o como estava trajado, e por último se alguém presenciou tal

ato. Ainda neste momento, a vítima deverá preencher e assinar o TRC. Em seguida, anexado a este documento, deverá preencher também uma Declaração de Violência Sexual (DVS), a qual deverá informar que foi agredida e violentada sexualmente (caso saiba o nome do agressor deverá colocar o nome do sujeito nesta oportunidade), como também indicar se há ou não grau de parentesco ou mesmo relacionamento social e afetivo. Deve informar também se o indivíduo estaria alcoolizado ou drogado, bem como se ela teria feito uso dessas substâncias. Deverá, ainda, assinar ao final, sendo posteriormente informada das possíveis punições caso esteja mentindo sobre os fatos descritos.

Depois de apurado os fatos da violência, a equipe multiprofissional do PAVAS irá avaliar o pedido de interrupção da gestação, o qual será fundamentado através da DVS apresentada pela usuária do serviço de saúde. A partir daí, será elaborado mais um documento: o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez Resultante de Estupro (TAPIGRE). Nele constarão os dados completos da paciente, o tempo da gestação, lembrando que esse documento ainda faz menção ao artigo 128, II do código penal (que descriminaliza o aborto em caso de gravidez oriunda de violência), como também assevera que tal “gravidez seria interrompida se e somente se estiver sem a presença de indicadores de falsas alegações de crime sexual”. Portanto, por este motivo, pediria a aprovação da realização da interrupção da gravidez se todas as evidências encontradas no *Parecer Técnico* concluíssem que a paciente estaria relatando a verdade.

Após o deferimento do parecer técnico, a paciente deverá preencher uma nova declaração, confirmando que foi informada da possibilidade para além do aborto legal, quais sejam: de manter a gestação até seu término, sendo-lhe garantidos os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para sua situação, assim como também foi avisada que teria a alternativa de após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de adoção.

PS: “Pela lei até vinte semanas é possível fazer o aborto legal. A pessoa é avaliada quanto à necessidade dela de levar ou não adiante essa gravidez, se ela não quer, se ela quer e posteriormente ela possa doar essa criança, e aí teria que ficar sendo acompanhada até mesmo porque ela pode até mudar de ideia depois e ela vai levar uma pessoa que ela também não quer.”

Por último, terá que anuir obrigatoriamente às exigências estabelecidas na declaração para realização do procedimento, como por exemplo, estar esclarecida de que tal procedimento gerará desconfortos e riscos possíveis à saúde. Após ser informada das possíveis sanções jurídicas, físicas e psicológicas, bem como as demais possibilidades para além do abortamento, a usuária além da declaração deverá assinar um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Interrupção de Gravidez Resultante de Violência Sexual”, e só depois de assinar todos esses documentos irá ser levada a um leito para efetuar o aborto legal.

6. *“A demora no processo faz a gente sentir até um desespero”*: Profissionais de saúde e Objeção de Consciência

Toda essa burocracia processual para realização o abortamento, nos faz recordar e até mesmo pensar que estamos descrevendo os ritos de um inquérito policial na busca pelos culpados, pelo agressor, e não pela solução da dor da vítima. O processo de “negociação” para o abortamento aponta traços e condutas “judicializadas” quando na verdade deveria apenas prestar atendimento em saúde às vítimas de abuso sexual, com vistas a diminuir o seu sofrimento, conforme prescreve o lema do PAVAS e receita o Ministério da Saúde em suas normas técnicas (BRASIL, 2005).

No entanto, como a vítima de violência sexual não necessita do BO para receber atendimento em uma instituição hospitalar, os profissionais responsáveis por esse acolhimento encontraram uma forma de averiguar a realidade da violência. O processo de apuração dos fatos consistirá na morosidade do atendimento e a repetição da “confissão” da violência sofrida, o que se caracteriza com uma violência institucional e de gênero (HOTIMSKY, 2014). Percebe-se que a primazia pelos detalhes é um fator de grande importância para a instituição. Essa burocracia apresenta-se como efetivamente opressora, o que nos leva a crer que há uma tentativa de controle dos corpos e da reprodução das mulheres, pois como bem nos lembra Foucault (2002) “O corpo é ao mesmo tempo objeto e alvo de poder, agregando-se a ele um significado técnico-político, enquanto elemento que permite exercer constante vigilância sobre ele”. E indo mais além, é possível perceber que, na sociedade, “múltiplas representações que se configuraram sobre o corpo das mulheres estiveram, a partir da modernidade, articuladas a diversas formas de controle” (MATOS; SOIHET, 2003 p.161).

Percebe-se que os atores sociais, em nossa sociedade, se relacionam assimetricamente, criando desigualdades ou reproduzindo estratégias de oposição e transformação, para si ou para meio social que estão inseridos. A agência por sua vez seria uma singularidade universal dos grupos humanos, em que os atores sociais estão entrelaçados a uma estrutura social (ORTNER, 2007). E essa agência sofrerá mudanças de indivíduo para indivíduo, conforme seus marcadores sociais. Ou seja, o atendimento médico de uma vítima de violência sexual poderá sofrer mudanças de acordo com seus marcadores sociais, quais sejam: idade, raça, grau de escolaridade, classe econômica.

E é através dessa agência de poder que se encontra a possibilidade dos profissionais de saúde escusar-se de realizar atendimentos as vítimas de abuso sexual em busca de abortamento legal. Essa escusa seria o que se conhece como “Objeção de Consciência” (OC), que consistiria no direito dos profissionais de saúde resguardarem seus princípios morais, religiosos, éticos ou filosóficos, os quais podem orientar como se dará o comportamento desses profissionais no serviço de saúde (DINIZ, 2014; PORTO, 2008). Diante disso, encontra-se mais um entrave na busca pela interrupção da gestação, que seria a falta de profissionais dispostos em prestar atendimento para essas pacientes.

Nas entrevistas sobre o assunto, surgiram alguns depoimentos relacionados à objeção de consciência:

MDA – “[...] isso me deixa assim transtornada, me deixa revoltada, eu disse: [...] não me chame pra participar de um negócio desse [...], é muito ruim.”
MO – “Então, não 'tô salvando a vida de ninguém’, é o meu princípio, eu fico aqui pra salvar vidas e eu prefiro não iniciar com o misoprostol.”
EF – “nós somos acostumados a lidar com maternidade, com gestantes, com a vida. Então, a situação é desagradável.”

Em vistas dessas falas, é possível observar a existência do conflito “fazer nascer *versus* fazer morrer”, recorrente na literatura sobre o tema (DINIZ, 2014; MOTTA, 2013). Os profissionais ratificam que sua formação é exclusivamente para “salvar vidas” (FARIAS et al, 2012), então fugir dessa dinâmica seria ir de encontro aos seus preceitos morais, éticos e principalmente religiosos, e por esses motivos utilizam-se da OC para não realizar o abortamento. Como bem destaca Edlaine de Campos Gomes e Rachel Aisengart Menezes (2014) “O discurso sobre o valor da vida é o principal argumento contrário à realização do procedimento do abortamento – mesmo em casos autorizados por lei.”, ainda que saiba que tal procedimento é para, de certa maneira,

salvar a vida daquela mulher. No entanto, observa-se nas falas dessas profissionais que há também uma frequente vigilância contra o engano, que muitas vezes pode se dar por desconhecimento das normas técnicas ou mesmo penais. Corroborando a isto, uma das ginecologistas de plantão nos fala:

MO – “Eu prefiro não induzir o abortamento. Eu sei que foi uma atrocidade na vida da mulher, infelizmente, umas falam a verdade, outras não, e não me cabe saber quem fala a verdade ou não, não sou juiz nem pra julgar se ela tá falando a verdade, e nem sou juiz pra julgar se aquela criança tem que viver ou não. Eu não, eu prefiro não fazer a indução do abortamento, por questões religiosas, mas como nós somos uma equipe, então não tem ficado nenhuma paciente sem ter feito não.”

Mesmo sabendo dos prováveis danos físicos e psíquicos causados às pacientes, ainda existem profissionais que se recusam a realizar de todo modo o procedimento. No entanto, há outros médicos que afirmam que só utilizam-se da OC por não se sentirem capacitados para realizarem tal ato:

MA - “Quando eu cheguei aqui que vi que tinha o PAVAS, eu não sabia o que significava, e alguém me disse que era uma ‘enfermaria’ que era para isso atendimentos de violência. Eu acho que precisava ter uma capacitação,, não é pra ensinar o médico a atender, é pra dizer a rotina, o protocolo que se tem. Entendeu? Por exemplo: se acontecer de chegar uma paciente hoje eu vou começar a perguntar à enfermeira, ao colega que ‘tá’ no plantão qual é a medicação, quem é que vai administrar, se tem alguma, porque na verdade eu não sei de nada”.

Ou seja, a falta de conhecimento sobre como proceder também afasta alguns profissionais de se “aliarem” ao PAVAS, até por não saberem de fato o que o programa realiza. Como afirma um assistente social,

ASI - “[...]alguns profissionais não se envolvem muito no caso, no caso do aborto, você sabe que há um problema sério, existem médicos que não querem participar, ‘tá entendendo’? Mas, aí o outro vai convencendo que ele tem que participar, há assim uma certa rejeição ainda de todos os profissionais, aliás, de todos não, de alguns”.

Há de se perceber, então, que dentro da instituição existe uma verdadeira peregrinação, para encontrar profissionais que realizem o abortamento. No entanto, o

PAVAS conta com o apoio de uma médica, a qual se disponibiliza semanalmente a prestar atendimento às vítimas de violência sexual. O que é uma via de mão dupla, pois ao passo que existe uma médica que se disponibiliza a realizar tais procedimentos, outros profissionais se escusam, conforme nos relata um ginecologista de plantão:

MH - “[...]Eu não faço abortamento, porque aqui na maternidade, para esses casos de violência tem uma médica responsável, que vem atendê-los uma vez por semana. Normalmente só ela toca nessas pacientes. A gente, no máximo faz o atendimento de plantão e manda para o PAVAS.[...]”

Faundes (2007) chama atenção para as dificuldades de se cuidar de mulheres que sofreram agressão sexual, haja vista se um ato caracterizado através da vontade do profissional. E também, pois conviver com pessoas que sofreram violência pode mobilizar sentimentos passados pelos próprios profissionais. Por entender isso, o autor assevera que estes profissionais deveriam ser criteriosamente selecionados e, para, além disso, deveriam também ser capacitados. Pois, não é surpresa encontrar profissionais que se dizem violentados ao serem forçados ao realizar o aborto legal,

MO - “Os médicos também precisariam ter um acolhimento psicológico pra enfrentar este atendimento, porque eu me sinto violentada de participar de um aborto. Ter que iniciar, colocar medicação, quer dizer, praticar... Eu não me sinto bem não.”

E por se sentirem violentados em fazer atos contra seus desejos, referem-se à necessidade de acompanhamento psicológico após a interrupção da gravidez, como se vê nos depoimentos a seguir.

MO – “E desagradável, quando chega um atendimento desse a gente não gosta muito de fazer, a gente prefere que outra pessoa vá fazer. A gente como ginecologista já escuta muita coisa ruim. Então, essa parte de abuso sexual é terrível.”

A violência se reflete no ouvir, os profissionais por vezes recusam-se a realizar o abortamento legal por não conseguir escutar os relatos da violência, pois afirmam que não existem mecanismos para capacitá-los ou mesmo acompanhá-los após conviver tão de perto com esses fatos. Recusar-se em realizar o abortamento, muitas vezes se deve ao fato de não querer manipular com o fruto da violência. Os profissionais sabem que a

violência existe, sobretudo sexual, mas conviver com uma vítima face a face traz medo, e como proteção, esses profissionais acionam a objeção de consciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O que se verifica até então, é que muitos são os argumentos elencados para o uso da objeção de consciência, mas o que se encontra no seio desse conflito entre norma e subjetividade dos agentes envolvidos é que as mulheres, vítimas de violência sexual, ainda tem seu atendimento precário em razão da falta de profissionais ou mesmo de uma profunda investigação sobre os fatos da violência ocorrida.

O que era para ser a consumação de um direito acaba violentando-a mais uma vez com pilhas de papéis diante de uma burocracia opressiva. Confirma-se, então, através das narrativas que são notórias as dificuldades de se manter um programa de assistência às vítimas de violência sexual, haja vista a existência de inúmeros vieses que rodeiam tal iniciativa: preconceito, moral, religião, recursos, hipocrisia. Motivações essas que podem ser constatadas em toda e qualquer pesquisa que trate sobre o tema aborto, violência sexual, dentre outros temas desta ordem (DINIZ, HEILBORN, PORTO, ASSIS, MOTTA, ROSTAGNOL, ETC.).

Observa-se, ainda, que não apenas a questão do aborto legal está em jogo, mas existem profissionais que não atendem vítimas de abuso sexual, por se sentirem numa situação de impotência em relação à violência, e até por se sentirem, também, constrangidos diante dos fatos narrados, o que, conforme dito por alguns entrevistados, pode levar a graves desconfortos psíquicos.

REFERÊNCIA:

BISPO, Clísy Dias Bertino; SOUZA, Vera Lúcia Costa. **Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento.** In: Revista Baiana Enfermagem, Salvador. 2007

BRASIL, **9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública. ISSN 1983-7364, 2015.

BRASIL, **Código Penal de 1940.** 4. Ed., São Paulo: Editora Riddel, 2007.

BRASIL, **Lei nº 12.845,** de 1º de agosto de 2013. Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência**

sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Normas Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 1. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Normas Técnicas.** 3. Ed. atual. E ampl., 1. Reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base del feto.** Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).

DANTAS, Cassia Helena Souza; PORTO, Rozeli Maria; CARVALHO, Dhara Rhaquell. **Paradoxos da atenção ao aborto provocado: urgências e emergências em uma Maternidade Escola em Natal/RN.** In: Revista Bagoas: Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 7, p. 41-64, 2013. 333-369, jul./dez. 2015.

DINIZ, Débora. **Objecção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública.** Revista de Saúde Pública. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2721.pdf> . Verificado em: 10/09/2014

FALEIROS, Eva T. S. **Repensando os Conceitos de Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.** Brasília: Theasaurus, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Teresinha Silveira (coord.). **Circuito e Curtos Circuitos: atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes.** São Paulo: Veras, 2006. (VI).

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes e a Construção de Indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário.** Disponível em: http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/17_21291055311952009_A%20viol%C3%Aancia%20sex%20contra%20crian%C3%A7as%20e%20a%20constru%C3%A7%C3%A3o%20de%20indicadores%20-%20OK.doc. Acesso em 16 de mar. 2016.

FAUNDES, A. et al. **Violência Sexual: Procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência das mulheres vítimas de estupro.** Ver. Bras. Ginec. Obstet. V. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.

FONSECA, Claudia. **Quando cada caso NÃO é um caso: Pesquisa Etnográfica e Educação.** Trabalho apresentado na XXI Reunião Anual da ANPED, Caxambu. 1998.

FONSECA, Claudia. **O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”.** In: Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. Porto Alegre: Ed. da UFRGS. 2008.

- FONSECA, Cláudia. **Situando os Comitês de Ética em Pesquisa: O sistema CEP (Brasil) em perspectiva.** In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: ed. Graal, 17ª edição, 2002;
- GALLI, Beatriz, DREZETT, Jefferson, CAVAGNA NETO, Mario. **Aborto e Objeção de Consciência.** Cienc. Cult. vol.64 no.2 São Paulo Apr./June 2012. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252012000200014&script=sci_art_ext. Verificado em 23/09/2014.
- GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 158 p.
- HOTIMSKY, Sonia. **O impacto da criminalização do aborto na formação médica em obstetria.** In: Políticas e fronteiras/Luzinete Simões Minella, Gláucia de Oliveira Assis, Susana Bornéo Funck (orgs). Tubarão : Ed. Copiart, 2014.
- MACHADO, Lia Zenotta. **Feminismo em movimento.** Ed. 2. Editora.Francis. São Paulo, SP. f.230. 2010.
- MACHADO, Lia Zenotta. **Violência, gênero e crime no Distrito Federal/MireyaSuárez, Loudes Bandejas (orgs). Et al. – Brasília: Paralelo 15, Editora Universidade de Brasília, f. 299. 1999.**
- ORTNER, Sherry. **Poder e Projetos: reflexões sobre a agência.** In: GROSSI, M; ECKERT, C;FRY, P. (Org.). Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas. Brasília: ABA; Blumenau: Nova Letra, 2007 p. 45-80.
- PORTO, Rozeli Maria. **Objeção de Consciência, Aborto e Religiosidade: Práticas e Comportamentos dos Profissionais de Saúde em Lisboa.** Revista Estudos Feministas, vol. 16, núm. 2, maio-agosto, 2008, pp. 661-666, Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil.
- TORRES, A. S., NICODEMOS, C., DESLANDES, S. F. SANTOS, B. R. dos, Desenvolvimento de Paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: **Teoria e Prática dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente.** ASSIS, Gonçalves de (org.) et al. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aurora, 2009.