

Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública

MAYNARA COSTA*

Resumo

No Código Penal brasileiro existem previsibilidades para a realização de alguns procedimentos de abortamento, o chamado aborto legal. Nos casos de violência sexual, é assegurado o direito da mulher em optar por interromper a gestação. Mesmo que essa chamada permissão esteja garantida por lei e ratificada em normas ministeriais, ainda encontra-se morosidade em seu procedimento, uma vez que o profissional de saúde pode, em virtude das suas crenças morais ou religiosas, éticas ou/e filosóficas, optar pela “objeção de consciência”; essa escusa seria invocada a partir das representações desses sujeitos sobre o que seria o aborto legal. A partir desta realidade, o presente trabalho versa acerca de uma pesquisa realizada nas instalações de uma maternidade referência aos procedimentos de abortamento legal na capital do Rio Grande do Norte. Buscou-se analisar as representações dos profissionais de saúde sobre as práticas de aborto legal, como também verificar como se organizam em torno da “objeção de consciência”; por meio de pesquisa qualitativa, com utilização de observação e entrevistas semiestruturadas.

Palavras-chave: violência sexual; aborto legal; hospital/maternidade; profissionais de saúde; objeção de consciência.



* **MAYNARA COSTA** é doutoranda em Ciências Sociais (PPGCSOC/UFMA). Mestre em Antropologia Social (PPGAS/UFRN). Advogada e professora de Direito Público. Bolsista de Doutorado CAPES. Dedicar-se às áreas de estudo da Corporalidade, Gênero, sexualidade; Direitos reprodutivos e Direitos humanos; Direitos, saúde e Políticas Públicas dos povos indígenas; Violência, Lutas Sociais e Reconhecimento.

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 foi realizada em uma maternidade de referência em procedimentos de abortamento legal na capital do Rio Grande do Norte. Trata-se de uma investigação qualitativa, com uso de entrevistas face a face com os profissionais de saúde que compõem 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 propõe a discutir a violência sexual, o estigma do estupro e a demora das mulheres vítimas de violência em busca de atendimento. Também busca-se descrever a infraestrutura da Maternidade pesquisada e a superlotação.

Costurando os retalhos do fazer antropológico

Você quer pesquisar aqui dentro? Vai ter que vir de bata, e colocar também um crachá! Essa foi uma das primeiras imposições que me fizeram quando fui entrar em campo. Mas, dos entraves que estavam por vir esse foi o menor, talvez isto fosse só um ensaio da trama burocrática que iria se iniciar. Realizar uma pesquisa etnográfica em uma instituição hospitalar é um ato inflamado pela burocracia, são pilhas e pilhas de papéis, cartas de anuência, ofícios, memorandos, cópia do projeto, documentos perdidos, mudanças de

gestores institucionais, mudanças de funcionários, e quando tudo parece que irá dá certo, mais uma vez perdem os papéis da pesquisa, o desespero começa a se alardear ao ponto de pensarmos *será mesmo que vai dá certo? Não seria melhor mudar o foco, o ambiente o interesse?*, chegamos a questionar a possibilidade de atuação dentro daquele espaço, de tão bolorento que se é conseguir a anuência. São meses de negociação para conseguir adentrar a maternidade, várias portas se fecham, enquanto outras que se abrem, e assim podemos começar o estudo.

Diante do cenário de uma Instituição hospitalar do Estado do Rio Grande do Norte, a entrada a campo e o acesso aos profissionais de saúde implica em três grandes dificuldades: 1) obtenção para autorização da realização da pesquisa; 2) localização de profissionais que estão envolvidos nos procedimentos relativos a vítimas de abuso sexual e abortamento legal; 3) problemas relativos à greve dos serviços públicos de saúde. Para que a pesquisa pudesse ser realizada, houve a necessidade de vários setores da instituição hospitalar (Direção do hospital, e da coordenação do PAVAS, e do RH) e do Comitê de ética da UFRN.

O período da pesquisa de campo foi de junho de 2013 a novembro de 2016, neste tempo contou com nove profissionais como informantes gerais, sendo: três médicas ginecologistas-obstetras, um médico ginecologista-obstetra, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, dois recepcionistas da emergência do hospital, dentre outras *conversas informais*¹ (FONSECA, 1998) com acompanhantes de parturientes. Estas conversas foram úteis para nortear e identificar como acontece o

¹ Claudia Fonseca propõe uma “dialética” como norte da abordagem etnográfica, conforme a qual as conversas informais teriam um valor

específico quando analisadas à luz de “um sistema de signos e relações de poder e significados que as animam” (1992, p. 11).

atendimento das vítimas de violência sexual e conhecer um pouco mais sobre a estrutura física e hierárquica da instituição hospitalar, bem como as dificuldades de acesso enfrentado pelos pacientes que desejam atendimento de urgência/emergência.

De forma a promover uma melhor visualização das nossas entrevistadas, elaboramos a **Tabela 1** que indica, além das identificações, suas idades, profissões, locais de formação profissional, sua religião, se participa de procedimentos de aborto legal, se participa do acolhimento das vítimas de abuso sexual. Para a descrição dos interlocutores se fez necessário à utilização de pseudônimos para retratá-los. Cláudia Fonseca (2007) ainda ensina

a necessidade de estabelecer um *pseudocontrato* escrito, que seria o *consentimento informado* (ou Termo de Consentimento Livre Esclarecido, seguindo as exigências da *Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS*) com os interlocutores da pesquisa, a fim de garantir que a sua identidade não será divulgada em tempo algum, bem como que na pesquisa não conterà indícios que tornem essa identificação possível, haja vista ser uma pesquisa sobre um tema tão caro como é o caso do aborto. Portanto durante a escrita da pesquisa essa obrigatoriedade de omissão das características subjetivas dos interlocutores tem que permanecer. Perfiladas nossas interlocutoras, podemos agora informar como foi realizado os passos da pesquisa.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais entrevistados do Centro Obstétrico e do Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), Hospital Santa Catarina, Natal/RN, 2016.

Identificação Profissão	Idade	Religião	Local de formação	Participa de procedimentos de aborto legal	Participa do acolhimento das vítimas de abuso sexual
Vanessa/Médica	32	Católica	UFRN	Não	Sim
Leona/Médica	42	Cristã	UNP	Sim	Sim
Paola/Médica	29	-----	UFRN	Sim	Sim
Marli/Enfermeira	27	Evangélica	UNP	Não	Não
Mirian/Enfermeira	34	Evangélica	UNP	Sim	Não
Dalva/Enfermeira	25	“Crente”	UFRN	Sim	Sim
Socorro/Tec. de Enfermagem	56	Espírita	UERN	Sim	Sim
Inês/Tec. de Enfermagem	23	Evangélica	Não informou	Sim	Não
Solange/Ass. Social	49	Católica	UFPB	Sim	Sim
Rubi/Ass. Social	53	Cristã	UFRN	Sim	Sim
Jeane/Psicóloga	39	Cristã	UNP	Sim	Sim

A pesquisa está ancorada no método qualitativo que usa como instrumento de investigação a observação. Quando utilizamos a observação como método, emerge uma referência central, Malinowski (1978) e sua observação participante. Por entender que essa técnica de investigação é usada para observar e participar com maior lealdade e complexidade da realidade social estudada. Entende-se que é uma técnica que oscila entre aproximação e distanciamento. A ideia que institui esse método aufere que só será possível realizar a pesquisa por meio da convivência diária, da capacidade de entender o que está sendo dito e de participar das conversas e acontecimentos.

Deste modo, a observação participante surge como um método importante, haja vista que serve como instrumento de produção identificação da distribuição de poder dentro da instituição hospitalar, como também se busca compreender e adaptar-se a linguagem, e o significado de cada acontecimento social. Consoante a isto, Campbell & Gregori (2008, p.71) afirmam que os relatos dos interlocutores durante a observação participante *“podem ser um recurso rico para a Etnografia Institucional se os pesquisadores conseguirem aprender como ver, como ouvir e compreender como as pessoas vivem e interagem no cotidiano institucional”*.

Todavia, este não é o único método que seguimos, por entender que a observação participante descrita pelo *paradigma malinowskiano* (MARCUS, 2002) está longe de conseguir trazer o entendimento efetivo da população estudada, porque apesar da antropóloga ser pesquisadora, ela também é sujeito político (FONSECA, 2007), e, além disso, os interlocutores e objetos da pesquisa se constituem de modo *“híbrido”* e

“fluido”, portanto passíveis de mudanças (HANERZ, 1997). Por isso, a fim de permitir um maior aprofundamento sobre a realidade social estudada, combinamos metodologias variadas, tais como: entrevistas semiestruturadas, observação participante, pesquisa documental e pesquisas na literatura.

Para realizar etnografias em instituições de saúde busca-se *“haver uma ‘troca’ para que o pesquisador e os pesquisados se sintam minimamente equitativos”* (FLEISCHER, 2014), porque ao chegar ao novo campo de pesquisa existe uma situação de assimetria que é necessária ser restaurada a pés de igualdade, para assim haver o diálogo entre pesquisador e os demais participantes da pesquisa, diminuindo assim as possibilidades de *“violência simbólica”* (BOURDIEU, 1997) que possam ocorrer durante o estudo, ou mesmo no momento de análise das informações, já que a pesquisadora se posiciona num lugar privilegiado, tendo em vista que é ela que elabora a *“bricolagem”* narrativa.

Apesar de todas as combinações da metodologia antropológica, nos campos da antropologia da saúde nem sempre nosso arcabouço teórico metodológico encontra-se aportado apenas na antropologia (FLEISCHER & FRANCH, 2015), por vezes ele ultrapassa as barreiras e adentra outros limites como o da saúde coletiva, especialidades da biomédica ou mesmo dados da administração pública. E há de se pensar que não são somente os pacientes e profissionais interligados ao serviço de atendimento do nosso objeto de estudo que são nossos interlocutores, existem também durante as conversas informais os profissionais não oficiais (porteiro, recepcionistas, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, e demais profissionais), pois são esses que

detém o conhecimento da rotina hospitalar, de modo a ajudar a traduzir cada novo conceito apreendido.

Concomitantemente ao período da pesquisa de campo houve uma pesquisa bibliográfica, em que se buscou investigar sobre as práticas de aborto legal dentro das maternidades e a utilização da objeção de consciência, para tanto se fez necessário à pré-leitura de artigos, livros, periódicos nacionais. A análise dos dados foi orientada pelo conhecimento do campo adquirido com a leitura dos trabalhos, tais como: Débora Diniz (2011), Rozeli Porto (2008), Lia Zanotta Machado (1999; 2010), Lourdes Bandeira (1999), Mireya Suárez (1999), Cláudia Fonseca (2007), Fátima Veras (2014), Soraya Fleischer e Mônica Franch (2015) entre outros. Além de considerar a contribuição dos manuais emitidos pelo Ministério da Saúde “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), e a utilização dos métodos de Verona Alberti (2005) acerca do tratamento das entrevistas orais.

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 à 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 às vítimas, sendo realizada profilaxia² de acordo com as necessidades e especificidades da violência. Todavia, existem mulheres que por vergonha³ de

² A Quimioprofilaxia antirretroviral não é indicada em todos os casos de violência sexual, deve-se pensar na especificidade de cada paciente, haja 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).

³ 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.

carregar qualquer espécie de estigma (GOFFMAN, 1980) por conta do abuso sofrido, buscam um atendimento hospitalar tardio⁴, o que por vezes pode acarretar em contágio com algumas DSTs ou mesmo uma gravidez indesejada. Conforme informa uma das médicas,

Vanessa/Médica - *“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 isso, 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 Faúndes 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), informam que o aborto deverá ser realizado em maternidades públicas⁵, 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* deste estudo.

Maternidade e superlotação

Maternidade para quem? Maternidade para quê? Este foi o primeiro questionamento ao acessar a maternidade pela primeira vez. Sentada nas cadeiras que antecedem a recepção de acesso às parturientes, vejo inúmeras pessoas esperando para realizar visitas, homens, mulheres, nas suas mais

Há uma verdadeira dinâmica dominante que perpetua a dificuldade de comunicação.

⁴ Esse atendimento tardio seria caracterizado a partir do 6º dia após a ocorrência da violência sexual, pois propicia o risco 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.

⁵ Vale salientar que apenas a maternidade pública é qualificada para realizar o procedimento de abortamento legal. Todavia, conforme demonstra TORNISQUIST *et al.*, 2013; MOTTA, 2013; DANTAS SOUSA e PORTO, 2013 dentre outras, mulheres de camadas sociais abastadas acabam por procurar clínicas particulares para procedimentos de aborto, seja legal ou não.

diversas idades, mas todos com algo em comum, todas aparentavam ser de classes populares, sua maioria vinda do interior. Uns traziam lanches, outros almofadas, lençóis, roupas, ou até mesmo ventiladores e colchonetes, pois não é sempre que existe uma maca disponível e o ar condicionado nem sempre funciona no hospital. Sentada ali, naquelas cadeiras, como quem não quer nada, mas querendo observar tudo, conheci uma senhora – Dona Maria – franzina, de pele queimada pelo sol, aparentava ter seus 50 anos, os cabelos grisalhavam a face já marcada pelo tempo, ela trabalha em uma *casa de família*, saiu cedo de casa, porque mora no interior, estava vindo ver a filha que havia *ganhado nenê*, nesta madrugada. Sua filha, Lidiane, tinha 28 anos teve uma gravidez de risco, quase que não *segurava a barriga* – disse ela, Lidiane teve um parto prematuro, *você não tem nem ideia, ela me mandou uma foto pelo “zap zap”, nunca vi um negocinho tão pequeno, ele é do tamanho dessa caneta* (havia uma caneta em minha mão), foram cinco meses difíceis e pioraram quando se buscou atendimento na maternidade, Dona Maria com um semblante irritado indagou *ela chegou aqui e foi uma luta pra ser atendida, não tinha médico, não tinha onde sentar, estava uma “zona parecia dia de feira, menina. Parece que quando eles veem que a gente é mais pobre não atende tão bem... A gente não vem aqui porque gosta, a gente vêm aqui porque tem que ter menino*. Então, *maternidade para quem? Maternidade para quê?*

A gente vêm aqui porque tem que ter menino. Mas, as pessoas não comparecem na maternidade apenas para parir. A atividade *principal* da

maternidade é realizar atendimentos ginecológicos a mulheres, estando essas grávidas ou não. A etimologia da palavra Maternidade conceituada no dicionário Houaiss de língua portuguesa (2009), informa que maternidade seria “estabelecimento hospitalar, público ou privado, clínica ou parte de um hospital que cuida das mulheres no último período de gravidez”, sentido este que é compartilhado no imaginário comum, assim o que permeia a mente dos indivíduos que frequentam este ambiente é associar a maternidade a um lugar de conceber vida. Socorro/Enfermeira é uma das que compartilha desta ideia “*Aqui na maternidade somos acostumadas a lidar com gestantes, com a vida*”. No entanto, é sabido que mulheres vítimas de violência sexual à procura de abortamento legal, ou simplesmente a procura de profilaxia de emergência, também acessam a maternidade para acolhimento da sua dor. Por isso, objetiva-se observar dentro dessa maternidade como acontece o atendimento dessas mulheres em um ambiente popularmente conhecido como *ganhar nenê*.

A maternidade selecionada para esta investigação está localizada na zona norte da Capital Potiguar, sendo a segunda maior maternidade do Estado, a Instituição de referência em partos de alto risco⁶ e onde funciona o “Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual” (PAVAS). No Hospital Dr. José Pedro Bezerra – mais conhecido com Hospital ou Maternidade Santa Catarina – 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

⁶ 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).

funcionar de maneira regulada, ou seja, passou-se a atender os pacientes em situação apenas de “urgência” e “emergência” ou com encaminhamentos de outras instituições⁷. Tal medida foi adotada para evitar o congestionamento de pacientes que não se enquadram 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 improvisados⁸. 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 novas medidas adotadas pela instituição, aparentava estar mais caótica que nunca. Uma enfermeira nos conta que:

Marli/Enfermeira: *“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, à maioria dos partos que chegam a instituição caracteriza-se como sendo de baixa complexidade⁹: 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 Natalenses¹⁰. Uma ginecologista ainda assevera que:

Vanessa/Médica – *“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”.*

⁷ Sobre “urgências” e “emergências” em hospitais, ver GIGLIO-JACQUEMOT, 2005.

⁸ 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.

⁹ 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)

¹⁰ 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.

E é dentro dessa realidade de falta de infraestrutura e recursos humanos, que funciona o “Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual” (PAVAS), o qual segue um protocolo multidisciplinar¹¹ (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 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 controle¹² 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 sexual¹³. 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 despersonaliza e retira qualquer projeto pessoal dessas sujeitas (ORTNER, 2007).

Considerações finais

O que se verificou 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. Confirmam-se, então, através das narrativas que são notórias as dificuldades de se manter um programa de assistência às vítimas de

¹¹ 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.

¹² Esse controle lembrado conceito de *biopoder* elaborado por Foucault (2002), em que o corpo funcionaria 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.

¹³ Cabe ainda ressaltar que todos os profissionais que compõem 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.

violência sexual, haja vista a existência de inúmeros vieses que rodeiam tal iniciativa: preconceito, moral, religião, recursos, hipocrisia.

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 poderá acarretar graves desconfortos psíquicos.

Sobre os aspectos que circunscreve o itinerário abortivo as profissionais do PAVAS acreditam que o 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, haja vista que muitas vezes ao chegar às delegacias para efetuar a denúncia a mulher não é vista como vítima, mas sim como causadora da sua própria agressão (MACHADO, 2010), ou seja, tornando-se duplamente vítimas: primeiro do estuprador segundo do Judiciário. No entanto, apesar da maternidade ser referência no serviço de abortamento, uma das profissionais do PAVAS prefere acreditar que o serviço não deve ser divulgado, porque *imagina só a situação? Somos tão poucas treinadas, não daríamos conta.*

Desta maneira, é possível, através desta pesquisa, visualizar que apesar da capacitação e das tentativas de sensibilização dos profissionais de saúde para realizar procedimentos de atendimento às vítimas de abuso sexual, ainda existe uma barreira encontrada para atendimento dessa natureza, sendo frequente o uso da “objeção de consciência” por profissionais da saúde quando estão frente a frente com casos de aborto. 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*. Esta avaliação começa com o exame de sangue e ultrassonografia, 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 comparar - e segue para as ouvidas com a assistente social e psicóloga, cada qual em um momento separado. Ao final se todos captarem a mesma história, e existir *nexo de causalidade* entre o exame sangue/ultrassonografia e a data que ocorreu a violência, relatada pela paciente, está conseguirá realizar o procedimento que a motivou a procurar o hospital.

Destarte, que o procedimento de interrupção voluntária da gravidez só pode acontecer em hospital público, e este, por vezes, de forma severa e impositiva aniquila as possibilidades da parturiente, por haver poucos recursos humanos, e estruturais. Exemplo disso, no ano de 2013, o hospital pesquisado, teve seu ápice de superlotação, o sistema caótico da saúde estava instalado, não havia leitos, colchões, cadeiras, só havia lençóis e foi assim, sem colchão, sem cadeira, sem maca, que em um dia de chuva e superlotação uma parturiente com apenas um lençol separando seu corpo do chão pariu seu filho. Dona Maria, com seu ar otimista, nos informou sobre as condições diárias do hospital, *sabe o que é felicidade? Felicidade é aquele dia que a gente chega aqui e tem um médico pra atender.* Então, com esse ar de otimismo e os olhos repletos de esperança que concluímos essa pesquisa, com a sede de um dia saber que todas as mulheres que sofreram violência ao procurar um hospital, para atendimento,

irão sentir o gosto doce da famosa felicidade que Dona Maria anunciava.

Referências

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.

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

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: ed. Graal, 17ª edição, 2002;

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 obstetrícia. **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**. Mireya Suárez, Loudes Bandejas (Orgs.). *et al.* Brasília: Paralelo 15, Editora Universidade de Brasília, f. 299. 1999.

ORTNER, Sherryl. 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.

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.

Revistas

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

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. **Revista Bagoas: Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 7, p. 41-64, 2013. 333-369, jul./dez. 2015.

DINIZ, Débora. Objeção 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. 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%20criancas%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. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.** v. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.

FONSECA, Cláudia. Situando os Comitês de Ética em Pesquisa: O sistema CEP (Brasil) em perspectiva. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p.

GALLI, Beatriz, DREZETT, Jefferson, CAVAGNA NETO, Mario. Aborto e Objeção de Consciência. **Cienc. Cult.** v.64 n.2 São Paulo Apr./June 2012. Disponível em:

http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252012000200014&script=sci_arttext.

Verificado em 23/09/2014.

PORTO, Rozeli Maria. Objeção de Consciência, Aborto e Religiosidade: Práticas e Comportamentos dos Profissionais de Saúde em Lisboa. **Revista Estudos Feministas**, Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil, v. 16, n. 2, maio-agosto, 2008, pp. 661-666.

Internet

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: 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 Programáticas 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 Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Normas Técnica**

“Atenção Humanizada ao Abortamento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas 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.

Anais

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

Recebido em 2017-04-03
Publicado em 2018-01-01