



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

JULLYANE CARVALHO RIBEIRO

**ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO LEGAL EM BRASÍLIA:
Experiências e representações de profissionais da saúde e da segurança pública**

Brasília/DF

2011

JULLYANE CARVALHO RIBEIRO

ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO LEGAL EM BRASÍLIA:

Experiências e representações de profissionais da saúde e da segurança pública

Monografia apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Maria Bandeira

Brasília/DF, fevereiro de 2011

JULLYANE CARVALHO RIBEIRO

**ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO LEGAL EM BRASÍLIA:
Experiências e representações de profissionais da saúde e da segurança pública**

Monografia apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Sociologia.

Brasília, 04 de fevereiro de 2011.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lourdes Maria Bandeira (orientadora)

Profa. Dra. Lia Zanotta Machado

AGRADECIMENTOS

À professora Lourdes Bandeira pela orientação competente, observações atentas e minuciosas, e pela confiança em meu trabalho, desde o início deste percurso.

À professora Lia Zanotta Machado, pela pronta disposição em participar e contribuir para com este estudo.

À paciência, carinho e incentivo do Pedro. Obrigada por não me deixar surtar.

À minha mãe, por todo o suporte e pela inspiração da mulher mais forte que eu conheço.

Ao meu pai e ao Mattheus, que sobrevive muito bem em uma família de mulheres.

Às amigas que me proporcionaram a chance de feminizar e aprender mais e mais sobre nós mesmas.

Às colegas e amigas da SPM pelas dicas e compreensão.

A todas as entrevistadas e entrevistados, pela disposição e paciência.

Este projeto também é um pouco de todas vocês.

We've been taught that silence would save us, but it won't.

Audre Lorde

RESUMO

Conforme estabelece o Código Penal brasileiro, não se pune o aborto praticado por médica/o se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resulta de estupro. As mulheres têm seus direitos à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva protegidos pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos, sendo uma obrigação do Estado brasileiro garantir a interrupção das gestações provenientes de estupros de maneira ética, segura e humanizada. O presente estudo buscou investigar as representações e práticas das/os profissionais de saúde e da segurança pública que atuam no atendimento às mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual. Foram entrevistadas/os profissionais do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) e da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), ambas as instituições localizadas em Brasília-DF. Investigou-se as representações dessas/es profissionais com relação ao abortamento e à violência sexual, seu conhecimento acerca da legislação específica e dos procedimentos adequados a serem adotados para o abortamento previsto em lei, além de suas práticas no atendimento às mulheres que procuram os serviços, tendo em vista que suas atitudes e opiniões podem estar intimamente ligados às suas condutas profissionais no atendimento às mulheres em situação de abortamento resultante de violência sexual.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Legal, Abortamento, Violência Sexual, Saúde, Segurança Pública

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1 - Aborto e Violência Sexual: estudos e aproximações críticas.....	14
1.1. Delimitação da categoria representações sociais.....	14
1.2. Delimitação das categorias aborto, abortamento e saúde reprodutiva.....	15
1.3. Delimitação das categorias de violência contra as mulheres e violência sexual.....	16
1.4. As pesquisas sobre aborto no Brasil: uma revisão bibliográfica.....	20
1.5. Gênero e corpo: aproximações críticas do aborto e da violência sexual.....	24
CAPÍTULO 2 – Os Serviços de Aborto Legal no País: legislação e normatização.....	29
2.1. O aborto no Código Penal brasileiro e os casos previstos em lei.....	29
2.2. Caracterização da violência sexual e do estupro na lei brasileira: entre a pessoa e os costumes.....	32
2.3. O abortamento e o estupro como questões de saúde pública.....	36
2.4. Os serviços de abortamento legal no país.....	42
2.5. As normas da área da saúde para os procedimentos de aborto legal.....	46
2.6. Apresentando o serviço de abortamento legal em Brasília.....	49
2.6.1. O atendimento.....	50
2.6.2. O procedimento.....	52
2.6.3. Os números do programa.....	53
CAPÍTULO 3 – Procedimentos Metodológicos.....	55
3.1. Apresentação do estudo e delimitação do universo de pesquisa.....	55
3.2. Procedimentos éticos.....	56
3.3. O trabalho de campo.....	58
CAPÍTULO 4 – Experiências e Representações das/os profissionais de saúde sobre o aborto e a violência sexual.....	59
4.1. Breve perfil das/os entrevistadas/os.....	59
4.2. Responsabilidades no programa e relação com as pacientes.....	63

4.3. Conhecimento da legislação específica, procedimentos e técnicas.....	66
4.4. Religião e Religiosidade.....	67
4.5. Visões e discursividades sobre o aborto.....	71
4.6. Visões e discursividades sobre a violência sexual.....	79
4.7. Problemas e desafios enfrentados no programa.....	83
CAPÍTULO 5 – Experiências e Representações das/os profissionais da segurança pública sobre o aborto e a violência sexual.....	88
5.1. Breve perfil das/os entrevistadas/os.....	88
5.2. Responsabilidades na DEAM e relação com as mulheres que procuram o serviço...90	90
5.3. Conhecimento da legislação específica e procedimentos.....	91
5.4. Religião e Religiosidade.....	93
5.5. Visões e discursividades sobre o aborto.....	95
5.6. Visões e discursividades sobre a violência sexual.....	98
5.7. Problemas e desafios enfrentados no atendimento.....	101
CONCLUSÕES.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS.....	115
Anexo A - Resolução n° 1/96 – Conselho de Saúde do DF.....	115
Anexo B - Rotina de Atendimento à Mulher Vítima de Estupro que Engravidou.....	116
Anexo C - Fluxograma de atendimento.....	118
Anexo D - Ato Portaria n° 1.508 de 1° de setembro de 2005.....	120
Anexo E - Roteiro de entrevista – Profissionais da Saúde.....	127
Anexo F - Roteiro de entrevista – Profissionais da Segurança Pública.....	128
Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	129

INTRODUÇÃO

O aborto provocado, no Código Penal brasileiro, em vigor desde 1940, é considerado um crime contra a vida. No entanto, conforme estabelece o Artigo 128 do referido Código, não se pune o aborto praticado por médico se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resulta de estupro e se o aborto é precedido pelo consentimento da gestante (BRASIL, 2008a). Desta forma, em situações de estupro, o abortamento é, desde 1940, um inequívoco direito das mulheres. Estas têm seus direitos à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva protegidos pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos. Portanto, cabe ao Estado garantir a interrupção dessas gestações de maneira ética, segura e humanizada (BRASIL, 2005a).

O atual contexto dos serviços de saúde é caracterizado pela expansão dos centros de referência de promoção do abortamento legal no país, que ocorre desde o final dos anos 1990, década em que o Ministério da Saúde expediu a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, assumindo sua responsabilidade na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras (BRASIL, 2005b). Tendo em vista tal contexto de expansão e solidificação dos serviços prestados na área da saúde, torna-se essencial verificar como está sendo oferecido este serviço e ainda, considerando que o tema do aborto envolve inúmeros aspectos morais, em especial religiosos, questionar o que pensam os/as profissionais que estão diretamente vinculados a esse serviço sobre a questão do aborto e sua relação com as situações da violência sexual, tendo em vista que suas atitudes, opiniões e/ou procedimentos podem estar intimamente ligados às suas condutas profissionais no atendimento às mulheres em situação de abortamento resultante das situações de violência sexual, previstas no Código Penal.

Considerando o quadro apresentado, o presente estudo realizou uma investigação sobre as representações e práticas dos/as profissionais de saúde que atuam no Hospital Regional da Asa Sul - HRAS, assim como com os/as profissionais da área de segurança pública que atuam na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher - DEAM, ambos localizados no Distrito Federal. A atuação consiste no atendimento e assistência às mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual. Interessa aqui conhecer as representações desses/as profissionais com relação à realização do aborto decorrente do estupro, seu conhecimento acerca da legislação específica e dos procedimentos adequados a serem adotados para o abortamento previsto em lei, além de suas práticas no atendimento às

mulheres que procuram o serviço de aborto legal e os procedimentos que devem ser realizados pela DEAM, em situações de violência, no caso de estupro. Espera-se com a análise das narrativas desses/as profissionais averiguar o seu conhecimento e as suas opiniões sobre os aspectos legais e éticos do aborto decorrente da violência sexual, e em que medida as suas concepções e representações acerca dessa questão influem na sua prática profissional e no atendimento às mulheres que engravidaram, em decorrência do estupro, e que optaram pelo abortamento.

Os objetivos que conduziram essa pesquisa podem ser resumidamente colocados como sendo: descrever o atendimento e a assistência fornecida às mulheres, verificar se a perspectiva dos/as médicos/as, enfermeiros/as, assistentes sociais e profissionais da segurança pública que atuam, respectivamente, no HRAS e na DEAM, pode estar relacionada a fatores como formação acadêmica, trajetória profissional e religiosidade, e analisar quais são as suas referências sobre o sentido da gestação, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e do abortamento, considerando o peso dessas referências para um/a profissional que lida com essas questões cotidianamente, além da existência de possíveis conflitos de foro íntimo e moral, assim como também social, como o medo do estigma¹.

As representações sociais são entendidas neste trabalho como uma forma de conhecimento elaborado socialmente, como “blocos de sentido” que podem estar tanto articulados quanto em oposição a outros blocos (PORTO, 2006, p.253). Considera-se também a sua característica de orientar as condutas das/os agentes. Nesse sentido, é importante analisar também se essas representações dos/as profissionais aparecem como barreiras para o acesso das mulheres à atenção de qualidade nos serviços de abortamento legal e atendimento à violência sexual, por conta da possibilidade de existir um pré-julgamento moral, e verificar se as próprias experiências desses/as profissionais colocam em perspectiva a possibilidade de mudanças e ressignificação de seus valores morais.

As/os profissionais do universo de estudo são médicas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os que trabalham no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), além de funcionárias/os da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM),

¹ Erving Goffman faz referência ao uso da palavra pelos gregos, que “... criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos” (GOFFMAN, 1988, p.11). Entende-se aqui o estigma relacionado não apenas a evidências corporais, mas a ações capazes de deteriorar a identidade social.

ambas as instituições localizadas em Brasília-DF. A equipe do Programa de Aborto Legal do Hospital Regional da Asa Sul é composta por dois médicos, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga. Optou-se por entrevistar todas/os as/os profissionais atualmente em atividade no programa, tendo em vista a equipe reduzida e o enriquecimento à pesquisa proporcionado pelo contato com profissionais de diversas áreas de atuação. Com relação à DEAM, optou-se por entrevistar um profissional de cada uma das principais áreas de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um psicólogo, um agente do plantão e um funcionário da Seção de Repressão ao Estupro. No total, foram realizadas oito entrevistas. Mais detalhes sobre as equipes e as entrevistas serão fornecidos no detalhamento da metodologia de pesquisa.

O Hospital Regional da Asa Sul é uma instituição pública, localizada no Plano Piloto de Brasília. A escolha do HRAS deve-se ao fato de que este é o único hospital de referência preparado para a realização do procedimento de abortamento previsto em lei em todo o Distrito Federal. O hospital possui um programa de assistência ao abortamento legal já instituído e em pleno funcionamento, desde o ano de 1996. O programa de aborto previsto em lei do HRAS atua em conexão com o serviço de acolhimento às vítimas de violência que chegam ao hospital, denominado *Programa Violeta*, o qual integra o Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Acidentes e Violências (PAV), atuante na rede de saúde pública do Distrito Federal.

Um estudo que propõe uma investigação sobre as/os profissionais de saúde que realizam o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto não pode se restringir à investigação das instituições médicas, devendo considerar também a importância da assistência no âmbito da segurança pública. Nesse contexto, o trabalho da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM - é tido como parte integrante do atendimento às mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual. A DEAM está localizada também na Asa Sul de Brasília e, em casos de violência sexual, trabalha, por diversas vezes, articulada com os hospitais da cidade, e mais especificamente, com os programas do HRAS.

Apesar da importância da verificação das perspectivas das próprias mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual, no sentido de verificar como essas mulheres vivenciaram tal experiência, optou-se por restringir o presente trabalho às e aos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres no programa de aborto legal e aos profissionais que atendem as mulheres vítimas de violência, por questões de ordem prática. As possibilidades de pesquisa devem ser examinadas tendo-se sempre em vista a

situação de ilegalidade da prática do abortamento no Brasil. Ainda que o recorte do presente trabalho sejam os casos de abortamentos previstos em lei, é importante salientar que a realização destes também é fonte de polêmica no país e, mesmo nos casos em que não se pune o abortamento, a sua realização requer uma justificativa moral, que confira legitimidade ao processo (CEMICAMP, 2005).

A invisibilidade do aborto no país, decorrente das restrições à sua prática, pode influir de maneira negativa também sobre os casos previstos em lei (TALIB ; CITELI, 2006). Desta forma, mesmo nos casos legais, o tema do aborto está relacionado a valores morais e religiosos, e envolve o medo da punição e do estigma social tanto por parte das mulheres quanto dos/as médicos/as e demais profissionais que trabalham nos serviços de referência, que muitas vezes se omitem alegando a ética profissional. Também por conta desses fatores, a dificuldade em abordar o tema sob a perspectiva das mulheres em um trabalho de graduação é muito grande, considerando sua situação de vulnerabilidade e a dificuldade em oferecer medidas de sigilo e segurança (DINIZ ; MEDEIROS, 2010).

No que diz respeito à atuação dos/as profissionais, apesar da legislação e das normas técnicas, que oferecem respaldo à sua atividade, é frequente que eles/as apresentem certo receio, recuo, negação ou mesmo pouca disponibilidade de envolvimento em temas como aborto e violência sexual (AZEVEDO, 2004). Por isso, é fundamental conhecer a forma como os serviços são organizados e estruturados, a maneira como os profissionais são “tratados”, em termos de ter a cobertura institucional assegurada em relação aos seus procedimentos profissionais, assim como o posicionamento da instituição hospitalar, de maneira a verificar se a violência institucional nos serviços de referência acompanha a violência sexual já sofrida pelas mulheres.

Para o alcance dos objetivos propostos, procedeu-se a uma revisão da bibliografia sobre a temática, assim como a uma pesquisa empírica, por meio da realização de entrevistas com as/os profissionais de ambas as instituições. A presente monografia é composta por cinco capítulos. No primeiro capítulo são discutidas algumas perspectivas teóricas e aproximações críticas sobre o abortamento e a violência sexual. É apresentado também um panorama das pesquisas sobre o aborto e o abortamento previsto em lei no país. No segundo capítulo, são revistas a legislação brasileira no que se refere à violência sexual e ao estupro, e a normatização da área da saúde pública para os procedimentos de aborto legal. É apresentado também um cenário dos serviços de abortamento legal no Brasil, além de uma descrição do serviço de aborto previsto em lei em Brasília, realizado no Hospital Regional da Asa Norte.

Já o terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa empírica. Traz a apresentação do estudo e a delimitação do universo de pesquisa, além dos procedimentos éticos que guiaram a pesquisa e o trabalho de campo. O quarto e o quinto capítulo, por sua vez, apresentam as experiências e representações das/os profissionais da saúde e da segurança pública sobre o abortamento e violência sexual, trazendo questões relacionadas à rotina dos serviços, ao seu conhecimento da legislação, procedimentos e técnicas em suas áreas de atuação, além de suas visões e discursividades sobre o aborto e o estupro. Por fim é apresentada a conclusão desse trabalho, em que as representações das/os profissionais são analisadas comparativamente.

CAPÍTULO 1

Aborto e Violência Sexual: estudos e aproximações críticas

A questão da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual envolve inúmeros aspectos legais e morais, tanto para as/os profissionais de saúde, quanto para as mulheres que engravidaram em decorrência de um estupro. O abortamento pode decorrer de inúmeros motivos relacionados à falta de planejamento reprodutivo, como a dificuldade de acesso a métodos contraceptivos ou falha em sua utilização, além da falta de informação sobre os mesmos. Pode decorrer também de relações sexuais impostas ou recusa, por parte dos parceiros sexuais, do uso de preservativos ou outro método contraceptivo, além de situações de estupro (BRASIL, 2005a).

Este capítulo discute algumas perspectivas teóricas e aproximações críticas sobre a questão do aborto e da violência sexual, além de apresentar um panorama das pesquisas sobre o aborto e as situações do abortamento decorrente de estupro no Brasil. Para tanto, inicialmente, faz-se necessário proceder a uma breve delimitação das principais categorias utilizadas neste estudo, quais sejam: as categorias de representações sociais, aborto, abortamento, saúde reprodutiva e violência sexual.

1.1. Delimitação da categoria representações sociais.

Neste trabalho, adota-se conceituação de “representações sociais” apresentada por Denise Jodelet (2002, p.22), em que são tidas como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Maria Stela Grossi Porto complementa afirmando que as representações se constituem em “blocos de sentido articulados, sintonizados ou em oposição e em competição a outros blocos de sentido, compondo uma teia ou rede de significações” (PORTO, 2006, p.253). Compõem tais representações “os sentidos, os valores e as crenças”, os quais “estruturam e presidem a vida social” (PORTO, 2006, p. 250).

Optou-se por trabalhar com essa categoria por sua adequação aos objetivos de apreender tais crenças e valores no trabalho de profissionais de saúde que promovem a assistência ao abortamento legal em Brasília, tendo em vista que “as explicações religiosas,

emocionais e culturais (...) demandam métodos que privilegiem a interpretação, a introspecção e a reconstrução imaginária” (PORTO, 2006, p).

É importante ressaltar que tais crenças e valores são também princípios que orientam as condutas e práticas sociais. Procura-se, portanto, neste trabalho analisar tais representações das/os profissionais considerando que elas circulam nos discursos, são “trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais”. Tal conhecimento tem ainda um viés prático, contribuindo no sentido de “criar a realidade da qual fala e à qual se refere” (JODELET, 2001, p.17, *apud* PORTO, 2006, p. 252).

Conhecer as representações das/os profissionais que trabalham com a assistência ao abortamento previsto em lei, portanto, é uma das maneiras de avaliar também as suas práticas e atitudes frente às suas obrigações profissionais, tendo sempre em mente que se tratam de “blocos de sentido” que podem estar tanto em consonância quanto em oposição a outros, e que é a “rede de significações” formada por tais blocos que permite a análise sociológica do universo de pesquisa específico.

Porto (2006, p.262) aponta também que as “representações não são independentes do campo social no qual são construídas”. Dependem, portanto, das “inserções sociais dos indivíduos que as produzem”. A análise das representações sociais trabalha com dados retirados dos próprios discursos das/os entrevistadas/os, buscando questionar seu imaginário, construído também por meio de interações sociais:

O conhecimento via representações sociais é um tipo de conhecimento que poderia ser dito de segundo grau, não por ser menos relevante do que aquele obtido de “primeira mão”, mas na medida em que chega-se a ele interrogando a realidade através do que se pensa sobre ela. Exemplificando, ao invés de centrar a análise nos dados brutos da violência, interroga(m)-se o(s) imaginário(s) construído(s) sobre a violência. (PORTO, 2006, p.253-254).

1.2. Delimitação das categorias aborto, abortamento e saúde reprodutiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “abortamento” como sendo o processo de interrupção da gravidez, ocorrido até a 20^a ou a 22^a semana, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas. É dito abortamento precoce quando ocorre até as 12 semanas de gestação e abortamento tardio quando ocorre entre 13 e 20 ou 13 e 22 semanas de gestação. Já o termo “aborto” refere-se ao produto da concepção, eliminado por meio do abortamento (WHO, 1992 *apud* BRASIL, 2008b).

Entretanto, é importante distinguir o conceito médico, apresentado anteriormente, do conceito jurídico-penal, o qual se apresenta como o mais popularizado, principalmente por conta da criminalização da prática do abortamento, a qual impede que a questão seja tratada como um problema de saúde pública e a aproxima de uma associação repressiva e penalizadora.

O conceito jurídico-penal, baseado na descrição da conduta no Código Penal, utiliza o termo “aborto” como sendo a “conduta de interrupção da gestação, a qualquer tempo, antes de seu termo final, dolosamente causando a morte fetal” (BRASIL, 2010b). A utilização do termo “morte” na caracterização do abortamento realizado a qualquer época é ilustrativa da visão do sistema jurídico-penal brasileiro, o qual tende a tratar o procedimento como um assassinato. A questão do tratamento dado pelo código penal às mulheres que praticaram o abortamento é tratada com mais profundidade em capítulo específico.

No presente estudo, o termo aborto é utilizado no mesmo sentido de abortamento, ou seja, como um processo, considerando a utilização comumente do termo na comunidade médica e científica, seu uso jurídico, além de seu uso popular. Utilizam-se também os termos aborto ou abortamento como questões centrais na temática da saúde reprodutiva das mulheres.

A definição da OMS de “saúde reprodutiva” é resultado da III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, no ano de 1994. A definição foi adotada por diversas instituições de referência em saúde e, nela, a saúde reprodutiva é tida como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade. A saúde reprodutiva implica, assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência devem fazê-lo. Implícito nesta definição está o direito de homens e mulheres à informação e o seu acesso a contraceptivos e de planejamento familiar eficazes, seguros e acessíveis, assim como a outros métodos de regulação da fertilidade que estejam previstos legalmente.”² (UN, 1994, parágrafo 7.2).

O abortamento inseguro é entendido neste trabalho como um procedimento utilizado para interromper uma gravidez indesejada, realizado em condições precárias e inadequadas, por profissionais que possuem capacitação técnica insuficiente ou mesmo por pessoas sem qualquer capacitação técnica e que não têm/não oferecem a menor condição de higiene, colocando em risco a vida das mulheres que a ele recorrem. O procedimento, nesses

² Tradução livre do Programa de Ação resultante da “III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento”.

casos, está associado a elevadas taxas de mortalidade e morbidade, como é aprofundado mais a frente neste trabalho. Já o abortamento seguro é aquele realizado em ambiente apropriado, com técnicas e padrões sanitários adequados e por pessoal capacitado, se tratando de um procedimento médico de riscos reduzidos (WHO, 1992, apud BRASIL, 2008b).

1.3. Delimitação das categorias violência contra as mulheres e violência sexual.

A categoria violência não deve ser utilizada como um conceito unívoco. Possui dimensão polissêmica e não pode ser definida de maneira inequívoca no conjunto da teoria sociológica (BANDEIRA, 1999, p. 356). No presente trabalho, não há a intenção de promover uma discussão complexa sobre os significados da violência em geral, sendo importante, no entanto, recorrer a uma breve delimitação da categoria violência contra as mulheres, tendo em vista que a violência sexual é uma de suas manifestações mais recorrentes.

Os conceitos de discriminação e de violência contra as mulheres foram sendo construídos pelo movimento feminista a partir dos anos de 1960 e 1970. As categorias foram, posteriormente, adotadas pelas organizações intergovernamentais das Nações Unidas por meio de várias Conferências, tratados, e convenções internacionais (MACHADO, 2010). As mais significativas foram: a I Conferência Mundial sobre a Mulher (Cidade do México, 1975), a Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher - CEDAW (1979), a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (1994) e a V Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995).

A definição de violência contra as mulheres adotada pela Convenção de Belém do Pará é aqui reproduzida por sua importância e abrangência. O documento define violência contra as mulheres como: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Afirma ainda que a violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das mulheres, além de uma ofensa à sua dignidade e “uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens”³ (OEA, 1996).

³ O Artigo 2 da referida Conferência coloca que a violência contra as mulheres “abrange a violência física, sexual e psicológica:

Alemaný (2009, p. 271) enfatiza que essa violênciã é praticada contra as mulheres devido, especificamente, a sua condiçãõ de sexo, englobando “todos os atos que, por meio de ameaça, coaçãõ ou força, lhes infligem, na vida privada ou pública, sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos”, com o intuito de intimidar as mulheres e as atingir em sua integridade física e em sua subjetividade. A autora vê ainda as violênciãs corporais ou físicas contra as mulheres como expressões de relações entre poder masculino e sexualidade, as quais fazem parte do processo de aprendizagem da virilidade, sendo, em geral, legitimadas socialmente (ALEMANY, 2009).

Uma observaçãõ relevante corresponde à distinçãõ teórica entre os conceitos de violênciã de gênero e violênciã contra as mulheres. Saffioti (2004) procede a uma distinçãõ entre as duas categorias, e entre os conceitos de violênciã familiar e violênciã doméstica. A autora entende que a violênciã de gênero é uma categoria mais abrangente, que pode abarcar dentro dela a violênciã contra as mulheres. A violênciã de gênero seria aquela praticada não somente por homens contra mulheres, mas também entre homens e entre mulheres. Já a violênciã familiar, em seu entendimento, é aquela que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, podendo ocorrer dentro do domicílio ou fora dele, sendo distinta da violênciã doméstica, a qual atinge também pessoas que não pertencem diretamente à família, mas “vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor” (SAFFIOTI, 2004, p.71).

Suárez e Bandeira (1999) enfatizam o envolvimento dos sujeitos em situações de violênciã como maneiras de firmar as suas identidades de gênero: “A ligaçãõ entre violênciã e gênero é útil para indicar não apenas o envolvimento de mulheres e de homens como vítimas e autores/as, mas também o seu envolvimento como sujeitos que buscam firmar, mediante a violênciã, suas identidades masculinas ou femininas” (SUÁREZ; BANDEIRA, 1999, p.16). As autoras colocam, entretanto, que a ênfase na violênciã praticada por homens contra as mulheres justifica-se por sua grande incidência e severidade, se comparada com aquela parcela da violênciã de gênero em que as agressoras são mulheres.

-
- a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
 - b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
 - c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.” (OEA, 1996, art.2)

Machado e Magalhães procedem a uma observação importante sobre esta questão quando enfatizam que a violência de gênero é “aquela em que o sentido central está dado pelo conflito referido à construção de gênero”, tendo em vista que qualquer violência é transversal à questão de gênero (MACHADO; MAGALHÃES, 1999, p. 234). Desta forma, as autoras enfatizam que não se trata apenas que uma violência qualquer, a qual por acaso envolve homens e mulheres, mas uma violência específica, em que as construções de gênero são a fonte de suas manifestações.

Dentre as violências físicas cometidas contra as mulheres, a violência sexual, como enfatizado anteriormente, é uma de suas manifestações mais recorrentes. A delimitação da categoria violência sexual no presente trabalho se dá em conformidade à sua conceituação na legislação brasileira, em específico à definição proposta pela lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2003, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha. Trata-se de definição bastante abrangente e completa, que engloba não apenas a violação sexual, mas as diversas formas de violência relacionadas à restrição dos direitos e liberdades sexuais das mulheres. Seu texto define a violência sexual contra as mulheres como sendo:

... qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.⁴

É importante enfatizar, entretanto, que no presente trabalho utilizo, por vezes, a expressão violência sexual com o mesmo sentido de estupro ou violação sexual, tendo em vista o seu uso corrente e popularizado. A definição legal do crime de estupro é abordada em seção posterior. No entanto, a categorização do estupro exposta por Segato (1999) apresenta-se como adequada, por conta de sua abrangência. A autora define o ato do estupro como “o uso e o abuso do corpo do outro, sem que o outro participe com intenção ou envolvimento compatível”. Entende ainda o ato como uma “forma de sexo forçado por um indivíduo” que possui “poder de morte sobre o outro” (SEGATO, 1999, p. 388).

⁴ Art 7º da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2003.

1.4. As pesquisas sobre o aborto no país: uma revisão bibliográfica.

Publicação recente do Ministério da Saúde (2009) sistematizou os últimos 20 anos de pesquisas sobre a situação do aborto no país, com o intuito de oferecer uma síntese dos resultados dos estudos sobre o tema. O levantamento encontrou 2.109 fontes em língua portuguesa, publicadas por autores/as, periódicos e editoras nacionais e estrangeiras, dentre as quais, 398 fontes, por conterem pesquisas empíricas sobre o aborto, foram denominadas “estudos com evidência”. Para cada estudo baseado em evidências de pesquisas empíricas há cinco sem evidências.

O levantamento constatou a prevalência das pesquisas em campos disciplinares como a medicina e a enfermagem, os quais possuem garantia de sigilo profissional. Observou também que a maior parte das investigações foi realizada na Região Sudeste (75%), havendo uma concentração significativa no estado de São Paulo (58% do total), sendo raras as pesquisas feitas no Centro-Oeste. O levantamento conclui que, apesar da abundância de materiais que tratam da temática do aborto em geral, poucos são os estudos com evidências concretas que estejam relacionados ao aborto legal e ao aborto por anomalia fetal, ainda que os dois temas tenham dominado o debate público sobre o abortamento nos últimos cinco anos no país (BRASIL, 2009).

Outro levantamento que trata das pesquisas sobre aborto no país, realizado por Menezes e Aquino (2009), conclui que a maior parte dos estudos está concentrada em hospitais públicos e opta por dar ênfase na situação do aborto incompleto, com mulheres admitidas nesses hospitais por conta de complicações por abortamentos realizados de maneira insegura. Esses estudos descrevem o perfil das mulheres, os métodos utilizados, as possíveis razões para o aborto e as conseqüências do procedimento inseguro para a saúde física das mulheres (MENEZES; AQUINO, 2009). As autoras concluem que é urgente que sejam desenvolvidas pesquisas de avaliação da atenção ao aborto nos serviços públicos, considerando também a ótica dos/as profissionais de saúde.

Na mesma direção, a pesquisa realizada por Diniz e Medeiros (PNA 2010) aponta, por meio de revisão bibliográfica, que os principais estudos que abrangem a magnitude do aborto no país utilizam três tipos de abordagem metodológica. A primeira delas investiga os registros de internações hospitalares para procedimentos médicos relacionados à prática do aborto, aplicando fatores de correção aos índices para fazer estimativas do número de abortos em nível nacional. A segunda abordagem é realizada por meio de pesquisas “à beira do leito”, com histórias de mulheres internadas por conta de complicações no

procedimento (a maior parte feita por profissionais dos serviços). Por sua vez, o terceiro tipo de pesquisa tratou do fenômeno também fora do ambiente hospitalar, por meio de novas técnicas de coleta de informações, como as sondagens através da técnica de urna.

A Pesquisa Nacional de Aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010) aproxima-se desse terceiro tipo. O levantamento foi operacionalizado por meio de amostragem aleatória de domicílios, realizada em todo o Brasil urbano, com mulheres alfabetizadas, entre 18 e 39 anos. A pesquisa combinou duas técnicas de sondagem: a técnica de urna e questionários preenchidos por entrevistadoras. Seus resultados confirmam que, no ano de 2010, nas áreas urbanas do Brasil, 15% das mulheres entrevistadas afirmaram já ter realizado algum aborto na vida (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O estudo conclui que a experiência do abortamento é um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, pois ao final desse período, mais de um quinto das mulheres fez algum aborto. O procedimento seria mais freqüente entre mulheres de escolaridade mais baixa. Entre aquelas que fizeram até o quarto ano do ensino fundamental, cerca de 23% fizeram aborto, enquanto entre mulheres que concluíram o ensino médio, esse número é reduzido para 12%. Já a religiosidade não foi um fator significativo para a realização do procedimento. A maior parte dos abortos foi feita pelas mulheres católicas, dado que reflete a composição religiosa do país. As católicas foram seguidas pelas protestantes e pelas evangélicas.

Os estudos realizados no Brasil sobre o atendimento e as representações médicas em serviços de referência para o abortamento legal, em que se enquadra o presente trabalho, não são muito volumosos e estão concentrados principalmente em pesquisas específicas da área da saúde, sendo realizados por profissionais da área em questão.

Pesquisa realizada por Faundes et al. (2004), por meio de questionários enviados aos e às ginecologistas e obstetras afiliados/as à FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, com o objetivo de avaliar conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras, tanto homens quanto mulheres, sobre o aborto induzido, concluiu que falta conhecimento sobre o aborto permitido em lei por parte dos/as ginecologistas e obstetras. Para 90% deles/as o aborto é legal nos casos de gravidez por estupro e risco de vida para a gestante, e para 31,8% o procedimento é legal quando existe malformação congênita grave. No entanto, dois terços acreditavam ser necessária a expedição de alvará judicial para a realização do aborto previsto em lei, e apenas 27,4% sabiam que se requer solicitação da mulher para a sua realização (FAÚNDES et al., 2004).

Faúndes pesquisou ainda, em 2005, por meio do mesmo instrumento dos questionários enviados aos/às profissionais afiliados/as à FEBRASGO, aliado à realização de três grupos focais, dos quais participaram no total, 30 médicos e médicas de Campinas e São Paulo, o papel que exerce a religiosidade na perspectiva e nas atitudes de médicos/as ginecologistas em relação à prática do aborto legal, ao uso do DIU e à contracepção de emergência. A pesquisa mostra que a religiosidade dos/as médicos/as está associada à sua perspectiva e conduta em relação ao aborto: quase 70% dos/as médicos/as afirmaram que sua prática profissional em relação ao aborto nunca, ou poucas vezes, contraria as suas concepções religiosas pessoais. Dos/as que afirmaram que a sua religião não aceita o aborto em nenhuma circunstância, a maior parte são católicos/as (91,8%), seguidos dos/as espíritas (66,3%) (CEMICAMP, 2005).

Outro estudo sobre o tema, também na área da saúde, foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, por Loureiro e Vieira (2004) e teve como objetivo investigar o conhecimento e as opiniões dos/as médicos/as sobre os aspectos legais e éticos do aborto. Foi utilizado um questionário auto-administrado, respondido por 57 médicos/as, tanto homens quanto mulheres, que trabalhavam nas salas de emergência de dois hospitais de Ribeirão Preto no ano de 2001. O questionário continha quatro blocos de perguntas: o primeiro sobre dados pessoais, o segundo sobre conhecimento geral acerca do aborto, o terceiro sobre conhecimento geral da legislação brasileira sobre aborto e o quarto sobre as opiniões dos médicos sobre o aborto.

Os resultados mostram que a maioria dos/as médicos/as respondentes apresentou um nível médio de conhecimento sobre o aborto em geral, sendo desejável uma melhora em particular nos aspectos identificados como mais falhos, como a epidemiologia do aborto, seu peso na mortalidade materna e sua prevenção por meio de contracepção. Já sobre os aspectos legais relacionados ao aborto, observou-se grande porcentagem de profissionais com baixo conhecimento (31,5%). Os médicos entrevistados responderam corretamente que não se pune aborto praticado por médico quando a gestante apresenta risco de morte (96,5%) e quando a gravidez resulta de estupro (93%); no entanto, 74% erraram ao afirmar que é necessário o boletim de ocorrência e 65% ao afirmar que é necessário o laudo do Instituto Médico Legal (IML). A pesquisa conclui que, apesar de um dos hospitais ser referência para o abortamento previsto em lei, não parecem existir condições que possibilitem o aprendizado do atendimento ao aborto legal (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Há ainda outras pesquisas que tratam do direito ao abortamento legal com foco nas perspectivas dos/as profissionais de saúde. Soares (2003) procedeu a um estudo

qualitativo em que foram entrevistados/as 12 profissionais de saúde e dois gestores dos programas de assistência às mulheres em situação de violência da Paraíba e do Distrito Federal. Sua pesquisa teve foco nas representações de assistentes sociais, psicólogas, enfermeiras e médicos/as sobre o abortamento, com base em suas atuações nos programas em questão. Os resultados mostraram que as representações dos/as profissionais sobre o abortamento transitaram entre uma concepção mais moralista/religiosa do abortamento como um pecado e a promoção dos direitos e da autonomia das mulheres.

Pesquisa realizada pelo Ipas Brasil⁵, em um serviço de referência em violência sexual na Região Sudeste, cujos resultados foram apresentados em artigo por Galli, Gomes e Adesse (2006), mapeou representações sobre a prática do aborto previsto em lei e a atenção nas complicações derivadas em casos de abortamento incompleto entre profissionais de medicina. Foram feitas onze entrevistas semi-estruturadas com médicos que atuavam em serviço de referência em violência sexual. A pesquisa tratou com maior profundidade da prática da objeção de consciência por médicos/as em serviços de referência e dos argumentos evocados na recusa à assistência por parte desses profissionais. O estudo constatou a existência de uma tolerância com relação à recusa à assistência, fundamentada na objeção de consciência, a qual ocasiona dificuldades de acesso aos serviços de interrupção legal da gestação (GALLI; GOMES; ADESSE, 2006).

Pode-se observar, após essa sistematização das pesquisas realizadas, que há um amplo desconhecimento por parte das/os profissionais com relação às conseqüências do abortamento inseguro, à legislação e à normatização relacionada ao aborto no Brasil. Em contraste, as pesquisas sobre a magnitude do procedimento no país evidenciam que a prática é amplamente disseminada entre as mulheres brasileiras, e que tal desconhecimento médico pode ser um agravante significativo nos casos de seqüelas e mortes decorrentes desses abortamentos.

O silêncio sobre a prática, o qual invisibiliza o aborto, apenas agrava a situação dessas mulheres, pois resulta em pesquisas e dados insuficientes, em um atendimento médico precário, no desrespeito com relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e ainda no fomento da hipocrisia de uma legislação proibitiva, a qual fecha os olhos à situação de abandono a que estão relegadas em especial as mulheres negras e pobres, para as quais o acesso a métodos seguros de interrupção da gravidez é ainda mais restrito.

⁵ O Ipas é uma organização não governamental que trabalha com temas ligados a saúde e aos direitos reprodutivos das mulheres, com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade materna em decorrência do aborto inseguro.

1.5. Gênero e corpo: aproximações críticas do aborto e da violência sexual.

A criminalização da interrupção da gravidez viola a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, além de reforçar a discriminação contra os grupos de mulheres mais vulneráveis socialmente⁶, contribuindo para perpetuar o estigma social relacionado às mulheres que abortam, além do preconceito e dos estereótipos de gênero (GALLI, et al, 2010). A anteriormente citada PNA – Pesquisa Nacional do Aborto, realizada por pesquisadoras/es da Universidade de Brasília em parceria com o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – Anis, lançada em 2010, mostrou que a mulher que recorre à interrupção da gestação possui um perfil nada incomum: é casada, possui filhos, religião e provém de todas as classes sociais. Tendo em vista tal perfil e a extensa magnitude da prática no país, apresentada anteriormente, é pertinente afirmar que o aborto pode ser tido como parte da vida sexual e reprodutiva das mulheres, tendo, portanto, de ser reconhecido como tal, e disponibilizado às mulheres nos serviços de saúde brasileiros.

Petchesky (1990) afirma que o aborto configura-se como o centro de uma batalha ideológica, na qual os significados mesmos da família, do Estado, da maternidade, e da sexualidade das mulheres estão em disputa (PETCHESKY, 1990). Ao questionar os motivos alegados pelos grupos que se denominam pró-vida para sua oposição ao aborto, afirma que a alegação de defesa da vida é na verdade um discurso falacioso, o qual prega uma aura de religiosidade e uma separação entre maldade e bondade, entre inocentes e pecadores (no caso pecadoras), como tentativa de legitimar sua moralidade.

A reivindicação do direito ao abortamento seguro, a partir dos anos 1970, adquiriu um significado muito mais profundo do que apenas o de “interrupção da gravidez”, não apenas para o movimento feminista, como também para toda a sociedade. A reivindicação carregava a imagem da “emancipação feminina”, das mulheres que não mais se identificavam apenas com a imagem de mães ou esposas, as quais aspiravam também a uma sexualidade ativa e livre, fora das amarras disciplinares da família nuclear patriarcal. A partir deste momento, a autonomia em termos de escolha sobre o próprio corpo e sexualidade por parte das mulheres, em que estão inscritos o direito ao abortamento e ao planejamento familiar, envolvendo a sua escolha particular de quando e como ser mãe, ou mesmo de não ser mãe,

⁶ A lei tem um impacto desproporcional entre grupos de mulheres mais vulneráveis economicamente, tendo em vista que estas não têm condições de recorrer a um aborto seguro. Além disso, as mulheres negras correm um risco três vezes maior de morrer por complicações relacionadas ao aborto inseguro do que as mulheres brancas, possuindo também acesso deficiente às políticas de planejamento familiar para prevenção da gravidez indesejada (GALLI, et al, 2010).

representam a existência de uma identidade sexual independente do casamento, da autoridade paterna ou da tutela marital. Já o movimento anti-aborto, tanto na década de 1970, quando hoje em dia, representaria a oposição de pessoas que acreditam que sua moralidade e modo de vida tradicional estão ameaçados, desejando impor tal moralidade a quem não a compartilha (PETCHESKY, 1990).

Freire et al. (2010) apontam que a máxima “nosso corpo nos pertence”, cunhada nos anos 1970 pelos movimentos feministas e de mulheres no Brasil e no mundo, é alvo de rejeição por representar o desejo de autonomia das mulheres, recobrando as discussões sobre a imposição de padrões de beleza, de normas na sexualidade e na reprodução. A expressão é ainda “extensiva ao questionamento das visões morais, religiosas e culturais, intolerantes e limitadoras” com relação às mulheres (FREIRE et al., 2010, p.6).

Tal moralidade encontra-se relacionada aos papéis de gênero tradicionais, socialmente atribuídos, os quais imputam às mulheres uma imagem ligada à maternidade. Tal imagem sofre um abalo considerável quando da recusa a essa maternidade, seja por meio da interrupção da gestação, seja por meio do uso de contraceptivos ou de qualquer forma de sexo dissociado da procriação. Desta forma, Petchesky (1990) defende que o que está em jogo de fato em toda a discussão sobre o abortamento não é “vida” e sim “sexo”, ou seja, a prática do sexo/sexualidade. Neste jogo, a própria legislação trata de punir as mulheres que se recusam, não apenas a serem mães, mas a terem uma sexualidade independente:

Se uma mulher pode controlar suas gravidezes, não há impedimento ou sanção que a impeça de fazer sexo quando, e com quem ela queira – e isso, para o movimento “pró-família” / “pró-vida”, é o coração da questão: sexo “livre” (PETCHESKY, 1990, p. 264).⁷

Em geral, as mulheres que recorrem ao aborto recebem julgamentos morais sobre o seu comportamento sexual dissociado de sua imagem de mulher e de mãe. Segundo Adesse et al. (2010), o conceito de estigma aplicado ao aborto “é definido como sendo um atributo negativo conferido às mulheres que decidiram por interromper suas gravidezes, que produz nelas marcas internas ou externas e as tornam inferiores aos ideais relacionados ao ser mulher na sociedade em que se inserem” (KUMAR, et. al., 2009 *apud* GALLI et. al., 2010, p.12).

⁷ Tradução livre do original em inglês: “If a woman can control her pregnancies, there is no built-in sanction against her having sex when, how, and with whom she pleases - and this, for the “profamily” / “prolife” movement, is the heart of the matter: ‘free’ sex”. (PETCHESKY, 1990, p. 264)

O estigma contribui para com a visão social sobre a mulher que aborta como sendo promíscua, pecadora, egoísta, irresponsável ou assassina (GALLI et. al., 2010), colando a ela uma imagem de “anormal”, ou seja, de uma mulher que foge ao ideário vigente da feminilidade, por conta de uma suposta recusa à maternidade. Segundo GALLI et. al. (2010), o próprio aparato policial e o sistema de justiça agem no sentido de reforçar este estigma, gerando situações de discriminação por meio da criminalização em massa de mulheres e a conseqüente recusa no provimento dos serviços de abortamento, dos quais apenas as mulheres necessitam. De acordo com a autora, o aborto é socialmente tido como uma espécie de transgressão do feminino, estando sua prática e os discursos sobre ele perpassados por dinâmicas de poder:

“O aborto é considerado como sendo a transgressão do feminino, contestando que a sexualidade feminina existe somente para a reprodução e que existe um instinto natural de proteção em relação ao ser vulnerável gerado na gravidez. O estigma do aborto é perpetuado por sistemas de poder desigual, acesso desigual a recursos econômicos, sociais e políticos, e por papéis pré-definidos e estereótipos de gênero em determinadas sociedades. As dinâmicas de poder inscritas no estigma do aborto são parte da luta ideológica sobre o significado da família, maternidade e sexualidade” (GALLI et.al., 2010, p.26)

Machado (2010, p.125) observa, ao analisar o discurso conservador francês anti-aborto nos anos de 1970, que a argumentação que condena a prática do aborto aponta o objetivo moral não apenas de defender o feto ou conceito, mas de fazer das mulheres mães, as impondo os resultados da relação sexual e a maternidade, como se coubesse a elas aceitar os resultados do intercuro, acatando invariavelmente a possibilidade de ter um filho. Há a expectativa de que as mulheres aceitem essa maternidade e uma cobrança para que correspondam ao sentido simbólico fornecido ao intercuro sexual, qual seja, o de ato produtor do conceito e instaurador da figura da mãe:

Há uma forte referência ao que se espera da mulher diante dos resultados do intercuro sexual e da maternidade. (...) o pensamento conservador parece cobrar da mulher o sentido simbólico ocidental dado ao intercuro sexual. Sua realização com efeitos reprodutivos não somente produz o conceito, mas faz ao mesmo tempo a mãe. (MACHADO, 2010, p.126).

A centralidade do intercuro sexual como produtor do sentido simbólico da maternidade torna-se evidente ainda, segundo Machado (2010), nos casos da imposição de que as mulheres levem adiante as gestações em casos de anencefalia. Tais situações mostram que, simbolicamente, não é nem mesmo o próprio feto ou filho o que faz da mulher mãe, mas

o intercuro sexual com efeitos reprodutivos, o qual, por sua vez, para o pensamento conservador, é des-sacralizado pelas mulheres que recusam a maternidade. A sacralização do ato sexual obedece ainda ao propósito de incluir o homem no mito da procriação. O próprio homem, portanto, por meio do intercuro, criaria o filho e a figura da mãe. O ato sexual assim, estaria sacralizado como o momento da criação da vida:

“Ao não se sacralizar o intercuro sexual com efeitos reprodutivos, como mito de procriação/criação, pareceria que apenas a mulher gera a vida. O intercuro sexual na sua efetividade de gerar um conceito, garante a presença do pai no mito da procriação duogenética e faz com que o pai presente no intercuro sexual faça da mulher, mãe. É o homem que, pelo intercuro sexual, cria o filho e faz a mãe” . (MACHADO, 2010, p.131).

Caberia, portanto, à mulher obedecer ao que Machado denomina a “lei do intercuro sexual”. O abortamento por decisão da mulher aparece aí como uma transgressão à crença ocidental da criação, em que a vida é originária de uma lei natural e biológica, caracterizada pelo intercuro heterossexual. Portanto, no que se refere à mulher, “não é a sua vontade que a faz mãe” (Machado, 2010, p.136).

Em se tratando da gestação decorrente de estupro, o significado sacralizado (e naturalizado) do intercuro sexual é semelhante. As resistências quanto à interrupção da gestação proveniente de violência são significativas. Machado (2010) afirma que, também para as mulheres violadas, a expectativa é de aceitação diante dos efeitos reprodutivos do ato sexual, mesmo que este tenha sido perpetrado sem o consentimento da mulher. Pode-se observar também que a discursividade do consentimento ou culpabilização das mulheres violentadas obedece ao propósito de devolver ao intercuro o seu caráter de sacralidade, tendo em vista que este resultou em uma gravidez.

O direito à interrupção da gestação, portanto, está relacionado ao controle direto sobre os corpos das mulheres e ao controle social sobre as suas funções reprodutivas. A imposição da maternidade está inscrita não apenas em termos de papéis sociais, neste caso o papel de mãe. É importante considerar que as representações e imagens sociais de gênero esculpem também os corpos biológicos, moldando-os e assujeitando-os a práticas normativas que hoje se encontram disseminadas em nossa sociedade (MATOS; LOPES, 2008). Tal controle sobre os corpos das mulheres está inscrito não apenas na gestão de suas gravidezes por terceiros, mas também no próprio uso de seus corpos e na utilização da sexualidade como instrumento de dominação, por meio da violação sexual.

A questão do controle sobre os corpos das mulheres, suscitada na discussão anterior pela proibição da interrupção de uma gestação indesejada, condenada diversas vezes mesmo quando decorrente de um estupro, está também relacionada ao que Segato (1999, p.387) denomina a “injunção do estupro”. A autora, baseada em entrevistas com homens presos por violência sexual, analisa o estupro como uma questão triplamente referida, e presa a uma “teia de racionalidade, que o tornaria inteligível enquanto discurso para outros”. Em primeiro lugar, “como punição ou como vingança contra uma mulher genérica que saiu de seu lugar, ou seja, de sua posição subordinada e ostensivamente tutelada em um sistema de status” (SEGATO, 1999, p. 402). Tal situação ocorreria pelo fato da mulher exibir sinais de uma sexualidade autonomamente gerida, ou por se encontrar fisicamente afastada da tutela de um homem. A posição do homem na estrutura de *status* tradicional estaria ameaçada pelo deslocamento mesmo da mulher nessa estrutura, para uma posição social e culturalmente não destinada a ela, tendo em vista que “não existe poder sem subordinação”. O estupro, portanto, nesta acepção, seria um “ato disciplinador e vingador contra uma mulher genericamente abordada” (SEGATO, 1999, p. 402).

Uma segunda referência da violência sexual identificada por Segato seria o estupro como agressão contra um outro homem, por sua vez, também genérico. Desta forma, o poder deste outro homem seria desafiado e seu patrimônio usurpado por meio da apropriação do corpo feminino.

Já a terceira referência seria aquela do estupro como demonstração de força e de virilidade, a qual seria “direcionada a uma comunidade de pares”, com o intuito de garantir ou preservar um lugar nessa comunidade, provando-se que se tem competência e força física. Segato exemplifica esta racionalidade com os estupros perpetrados por gangues ou grupos de homens (SEGATO, 1999, p. 405).

A violência sexual, no presente trabalho, não é portanto, tida como uma patologia individual do agressor, tratando-se de uma questão referenciada às relações de gênero e à hierarquia de status nelas presente, interligando-se também à questão da autonomia reprodutiva das mulheres, à normatização de sua sexualidade e aos estereótipos de gênero, os quais direcionam inclusive a norma jurídico-legal: a mesma legislação que impõe às mulheres a maternidade forçada mantém acepções preconceituosas com relação às mulheres nas normas referentes à liberdade sexual, como será abordado mais profundamente no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

Os Serviços de Aborto Legal no País: legislação e normatização

No Brasil, a legislação estabelece apenas duas exceções à ilicitude do abortamento: os casos de gravidez decorrente de estupro e os casos que envolvem risco de morte materna. Tal quadro coloca o Brasil entre os países de legislação mais restritiva no que se refere ao aborto. As leis restritivas, no entanto, não impedem que as mulheres realizem o procedimento, sendo apenas um proibitivo aos serviços de saúde, que não podem oferecer tratamento digno às mulheres que desejam realizar o procedimento.

O presente capítulo destaca os principais pontos relativos à legislação brasileira relacionada à interrupção da gravidez, assim como as normas que regem o poder público, em especial a área da saúde, no atendimento às mulheres que recorrem ao abortamento decorrente de estupro. Apresenta, também, dados e evidências que permitem pensar o abortamento como uma questão de saúde pública, além de fornecer um panorama dos serviços de abortamento legal no país.

2.1. O aborto no Código Penal brasileiro e os casos previstos em lei.⁸

As leis relacionadas à liberalização do aborto começaram a surgir na primeira metade do século XX, momento em que os efeitos dos problemas de saúde pública causados por abortos inseguros passaram a ser reconhecidos. Em alguns países, as perseguições que sofriam as mulheres por conta da realização de abortos ilegais começaram a desaparecer nos anos de 1930. Já entre os anos de 1960 e 1970, o procedimento passou a ser legalizado em países da Europa, no Canadá, nos Estados Unidos, em Cuba, entre outros (WHO, 2003, p.84).

No Brasil, a legislação sobre o aborto encontra-se entre as mais restritivas do mundo (BRASIL, 2008b). No Código Penal brasileiro, em vigor desde 1940, o abortamento é classificado como um crime contra a vida. O código criminaliza o aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento (Art. 124), o aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante (Art. 125) ou com o consentimento da gestante (Art. 126).

⁸ Utilizam-se, neste trabalho, as expressões “aborto legal” e “aborto previsto em lei” como sinônimos, em referência aos casos previstos no Artigo 128 do Código Penal brasileiro.

O aborto provocado pela gestante incorre em pena de um a três anos de detenção. O aborto provocado por terceiro, sem o consentimento da gestante, é passível de pena de três a dez anos de reclusão, e aquele provocado com o consentimento da gestante é passível de reclusão de um a quatro anos. As penas podem ser aumentadas em um terço se, em consequência do aborto, a gestante sofre lesão corporal grave, ou podem ser ainda duplicadas se resultam em morte.

Conforme estabelece o Artigo 128 do Código Penal, não se pune o aborto praticado por médico/a se não há outro meio de salvar a vida da gestante (aborto necessário) ou se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante. No entanto, apesar do amparo da lei, apenas no ano de 1989, 49 anos depois de promulgado o Código, foi implantado o primeiro serviço de referência para o abortamento legal, no Hospital Artur Ribeiro de Saboya – Hospital do Jabaquara, na cidade de São Paulo (LEOCÁDIO, 2006, p.11) e, somente no ano de 1997 foram criadas condições para a operacionalização da lei, por meio da Resolução 258/1997⁹, do Conselho Nacional de Saúde. O documento determinou que o atendimento em casos de aborto previsto em lei fosse regulamentado pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (CNS,1997).

Com o objetivo de regulamentação do Artigo 128 do Código Penal, o Ministério da Saúde lançou duas Normas Técnicas que apresentam, entre outras questões, diretrizes para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que resulta em gravidez e atenção pós-abortamento: a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, lançada em 1998, reeditada e ampliada em 2005, e a Norma Técnica de “Atenção Humanizada ao Abortamento”, também de 2005. Essas normas estabelecem que o serviço de saúde pública tem a obrigação de oferecer, às mulheres vítimas de violência sexual, o direito ao abortamento legal e seguro. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento foi elaborada com o objetivo de servir como um guia para os profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, visando à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras¹⁰ (BRASIL, 2005c).

⁹ A Resolução nº 258, de 06 de novembro de 1997 solicita ao Ministério da Saúde que proceda a regulamentação e normatização do atendimento aos casos de aborto legal por meio do SUS. Uma das considerações contidas no documento reconhece que “a ausência de atendimento ao aborto legal ofende a dignidade das mulheres, humilhando-as e aumentando os riscos de morbimortalidade” (CNS,1997).

¹⁰ “A Norma Técnica é o reconhecimento do Governo brasileiro à realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres” (BRASIL, 2005c).

Os casos clínicos de anencefalia ou de outras más-formações similares, não estão previstos na legislação brasileira como excludentes de ilicitude. A anencefalia é um distúrbio em que o tubo neural do feto não se fecha, deixando o cérebro exposto. A massa encefálica é dissolvida gradativamente pelo líquido amniótico. Não há qualquer tratamento ou possibilidade de cura para a anencefalia e há estimativas de que mais da metade dos fetos não sobrevive nem à gestação (DINIZ; VÉLEZ, 2008). Hoje, as mulheres que desejam interromper a gravidez nesses casos não podem fazê-lo, devendo recorrer à justiça individualmente para realizar o procedimento (DINIZ et al., 2009).

A discussão sobre a anencefalia no Brasil está em destaque desde abril de 2004, quando uma liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio de Mello à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)¹¹ proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, com assessoria da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – permitiu a interrupção da gestação em casos de anencefalia (DINIZ; VÉLEZ, 2008). A liminar foi cassada na sessão plenária da Suprema Corte, em 20 de outubro de 2004. No ano seguinte, os juízes deliberaram pelo cabimento do instrumento, mas o mérito da ação, seis anos depois, ainda não foi julgado.

Atualmente, já existem dados que comprovam que as leis restritivas para a prática do aborto não são eficazes no sentido de reduzir o número de mulheres que recorrem à prática. Pesquisa do Allan Guttmacher Institute (2009a) mostra que o número absoluto de abortos tem caído em todo o mundo graças à redução no número de interrupções feitas legalmente. Enquanto o número de interrupções estimado mundialmente passou de 45,5 milhões em 1995 para 41,6 milhões em 2003, o número de abortos inseguros declinou muito pouco neste período, indo de 19,9 milhões para 19,7 milhões. O estudo mostra ainda que a esmagadora maioria desses procedimentos inseguros foi feita em países em desenvolvimento (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2009a).

A Espanha é um exemplo de país que recentemente aprovou a legalização do procedimento de abortamento até a 14^a semana de gestação por simples requisição da gestante, e até a 22^a semana se a gravidez compromete a vida e a saúde da gestante ou em casos de malformação fetal certificada por junta médica. A lei espanhola anteriormente em vigor permitia o procedimento apenas até as 12 semanas de gravidez, em casos de estupro,

¹¹ A Lei nº 9.882, de 3 de dezembro de 1999 dispõe sobre o processo e julgamento da arguição de descumprimento de preceito fundamental. Consta em seu artigo 1º que a ADPF “será proposta perante o Supremo Tribunal Federal, e terá por objeto evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público” (BRASIL, 1999).

durante as 22 primeiras semanas de gestação, por má formação fetal ou em casos de riscos para saúde física ou psíquica da gestante. Aprovada em 24 de fevereiro de 2010, a Lei de Interrupção Voluntária da Gravidez surgiu acompanhada de uma política de prevenção, com a liberalização da pílula do dia seguinte.

Já na França, são quase 40 anos de aprovação da Lei Veil, que dispõe sobre a interrupção voluntária da gravidez. Nesse período não houve aumento no número de abortos, e a taxa se encontra estável, com um aborto para cada três nascimentos. Os números mostram ainda que, enquanto em 1975 o número de gravidezes não planejadas representava 46% da totalidade de gravidezes, hoje esse número reduziu-se para 33% (DAMÁSIO, 2005).

A realidade nos países Latino-Americanos e Caribenhos é bem diversa. O aborto é proibido em qualquer situação em sete dos 34 países e territórios da região. Em oito países é permitido apenas com o intuito de salvar a vida da gestante ou, em alguns desses países, em casos de estupro (Brasil, México e Panamá) ou malformação fetal (México e Panamá). Dos 34 países ou territórios da região, apenas três permitem o aborto sem restrições quanto a razões específicas: Cuba, Guiana e Porto Rico (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2009b).

2.2. Caracterização da violência sexual e do estupro na lei brasileira: entre a pessoa e os costumes.

Tendo em vista que o presente trabalho trata de um dos casos em que a interrupção da gravidez é permitida por lei, qual seja: quando a gestação decorre de violência sexual, é importante verificar como a lei brasileira caracteriza o crime de estupro, pois do enquadramento dos casos na legislação depende o direito da gestante de interromper ou não a gestação. Além disso, a lei é um indicativo da visão jurídica sobre a violência sexual e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras.

A legislação brasileira, no que concerne à violência sexual, sofreu importantes alterações nos últimos anos. Até o ano de 2009, o estupro estava posicionado no Código Penal Brasileiro entre os crimes privados e contra os costumes, não sendo considerado, portanto, um crime contra a pessoa (SEGATO, 1999). Segundo o artigo 213 do referido código, o estupro consistia em “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”¹². Portanto, o crime estava restrito à relação sexual forçada, imposta pelo homem à mulher, com penetração vaginal realizada contra a vontade dela e com recurso à violência.

¹² Artigo 213 da Lei 8.069/90; 8.072/90 e 8.930/94.

Outros casos, que não se encaixassem nessa descrição, consistiam em crime de “atentado violento ao pudor”, ato definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”¹³. O atentado violento ao pudor, ao contrário do estupro, era enquadrado no código como um crime de ação pública. Nessa acepção, o crime consiste em uma espécie de agressão à sociedade por intermédio do corpo das mulheres, como uma afronta à integridade moral da sociedade (SEGATO, 1999).

No mês de dezembro de 2009 foi sancionada a Lei nº 12.015, a qual modificou o texto do Código Penal no que se refere aos crimes contra a liberdade sexual. Com a nova redação, os anteriormente denominados “crimes contra os costumes” passam a se chamar “crimes contra a dignidade sexual”. A definição do crime de estupro (Art.213) ganha também uma nova redação: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”¹⁴. A nova redação permite afirmar que o crime de estupro agora pode ser cometido não apenas contra as mulheres. Além disso, não se restringe mais à chamada “conjunção carnal”, incluindo também outros “atos libidinosos”, diversos da penetração vaginal. Com a maior abrangência da definição do estupro, o atentado violento ao pudor passa a não mais constar no Código Penal.

A extinção da expressão “crimes contra os costumes” pode ser considerada um avanço em termos de reconhecimento de que o estupro é uma violência cometida contra as mulheres, tendo em vista que a redação anterior afirmava que o estupro e os demais crimes contra a liberdade sexual feriam os costumes e a moral predominante na sociedade brasileira. Com a nova redação, entende-se que os crimes sexuais são crimes cometidos contra a pessoa e que a intenção é proteger a integridade física, psíquica, a dignidade e a liberdade sexual de quem sofreu o ato de violência. Também, com a maior abrangência do conceito de estupro, adéqua-se a legislação às outras formas de ato sexual forçado as quais ofendem a liberdade sexual das mulheres tanto quanto a penetração vaginal.

No entanto, em termos de aplicação da lei, há a preocupação de que as mudanças diminuam as penas relacionadas aos crimes sexuais. Os crimes de estupro e atentado violento ao pudor, antes da nova redação, correspondiam a dois crimes autônomos e resultavam em penas somadas. Agora, por conta da nova legislação, eles devem resultar na aplicação de uma pena única, referente apenas ao crime de estupro.

¹³ Art. 214 da lei 8.069/90; art. 263 da lei 8.072/90 e art.6 da lei 8.930/94.

¹⁴ Art. 213 da lei 12.015 de 7 de agosto de 2009.

É importante salientar que o processo de adequação da legislação é muito recente. Uma das redações mais discriminatórias presentes na legislação brasileira: a expressão “mulher honesta” – a única que poderia ser vítima do crime de “posse sexual mediante fraude” – apenas foi extinta do código no ano de 2005, com a aprovação da Lei n.º 11.106/2005. Sobre o conceito de “mulher honesta” no âmbito jurídico, Oliveira (2007) afirma:

O conceito jurídico de "mulher honesta" é sintomático do discurso oficial projetado pelo direito penal. Na antiga lição de Hungria, mulher honesta é "não somente aquela cuja conduta, sob o ponto de vista da moral, é irrepreensível, senão também aquela que ainda não rompeu com o minimum de decência exigido pelos bons costumes" (OLIVEIRA, 2007).¹⁵

O autor observa ainda que a moral a que se refere o doutrinador é aquela de viés conservador, em que a relação sexual apenas deve acontecer dentro de um casamento. O direito penal, nesses termos, serve como uma espécie de regulador dos valores morais na sociedade, em especial da liberdade sexual das mulheres. A imputação do adjetivo honesta ou desonesta é uma maneira de qualificar ou julgar a conduta das mulheres, servindo a interesses específicos, com o intuito de excluir da proteção jurídica aquelas que não se encaixam em um perfil idealizado de mãe, casada, educadora dos filhos e filhas, a qual se veste de determinada forma e se porta de determinada maneira. Trata-se de um amplo leque de características, a serem interpretadas e examinadas de acordo com as crenças morais dos responsáveis por julgar cada um dos casos.

No entanto, como aponta Oliveira, a mera supressão da expressão discriminatória não significa a sua exclusão na prática, no *modus operandi* da justiça criminal. O autor afirma que “retirar um termo obsoleto de uma norma penal não é capaz, por si só, de repercutir na maneira como o discurso do sistema punitivo desempenha suas funções” (OLIVEIRA, 2007). A idéia da mulher honesta ainda implica em grande resistência à penalização dos agressores, baseada no comportamento presumido da vítima. Portanto, o conceito ainda encontra-se ali, subentendido, principalmente na tese, amplamente difundida entre os magistrados, de que a vítima de estupro só pode ser entendida como tal quando demonstra grande resistência, a qual seria “medida” pelas marcas físicas da agressão. Desta forma, ainda predomina nos tribunais a tese que a vítima deve demonstrar uma “resistência efetiva”.

Tal noção, além de incrustada nas mentalidades e nos hábitos jurídicos, permanece inscrita na legislação. Foi mantida na nova redação a afirmação de que o crime de estupro ocorre apenas quando se constrange “mediante violência ou grave ameaça”. No

¹⁵ Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/9672>>. Acesso em: 27 nov. 2010.

entanto, a compreensão do que consiste em uma grave ameaça depende, também, da interpretação dos magistrados. O entendimento majoritário sobre o verbo “constranger” consta na seguinte definição de um acadêmico de direito:

Constranger significa forçar, obrigar, sendo, assim, necessário o dissenso da vítima, ou seja, para que o crime esteja configurado deve haver a **resistência inequívoca** da vítima, explicitando o desejo de evitar o ato. Exige-se que a vítima se oponha com veemência ao ato sexual. **Destarte, a negativa tímida, bem como o silêncio descaracterizam o estupro**¹⁶ (LEITÃO, 2000).¹⁷

A fala anterior revela o discurso cultural predominante sobre a sexualidade das mulheres. Nessa acepção, a sexualidade masculina é normalmente vista como o lugar da iniciativa e da agressividade, enquanto a feminina, o puro lugar da passividade e da inatividade. No entanto, o lugar cultural da sexualidade feminina, cotidianamente, é também um lugar de iniciativa secundária, indireta, que coloca as mulheres “no trânsito entre a sedução e a esquiva” (MACHADO, 1999). Tal noção ambígua sobre a sexualidade das mulheres resulta na incapacidade de entendimento da sua recusa quanto à relação sexual. Desta forma, a recusa feminina é tida como parte do processo de sedução. O “não”, por mais veemente que seja, nunca será firme o suficiente para o interlocutor. Permanecerá sempre uma “negativa tímida” ou “silêncio”, os quais, segundo o trecho acima, descaracterizam o estupro enquanto tal.

Machado (1998) contrapõe o imaginário social sobre a sexualidade da mulher, aquela que “se esquiva para se oferecer”, ao imaginário sobre a sexualidade masculina, “aquela que tem a iniciativa e que se apodera unilateralmente do corpo do outro” (MACHADO, 1998, p. 234). Sobre essa questão, a autora afirma que o estupro, tal como representado pela legislação, jurisprudência e senso comum:

Desliza porosamente entre a idéia de um ato que deve ser entendido como um crime hediondo contra a pessoa; a idéia de um ato que é crime grave contra os costumes e a idéia de um ato que não é um crime, quando visto como a realização do mais banal e cotidiano dos atos de relações sexuais entre homens e mulheres – o defrontamento da esperada iniciativa masculina com uma das respostas femininas possíveis: “a mulher que diz não para dizer sim” (MACHADO, 1998, p.233).

¹⁶ O negrito não consta no texto original. Foi aqui inserido para dar destaque ao trecho de análise.

¹⁷ Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1038>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

Outro ponto relacionado refere-se à questão da extinção da punibilidade do agressor. Até a aprovação da supracitada Lei 11.106, de 28 de março de 2005, a punibilidade do agressor poderia ser extinta, nos crimes contra os costumes, por meio do casamento do agente com a vítima, ou pelo casamento da vítima com terceiro. A legislação, notadamente discriminatória, tratava os crimes de natureza sexual como se eles ferissem a moral e os “bons” costumes, sem a preocupação em reparar a ofensa à dignidade e à honra das mulheres. Nesta acepção, o casamento da vítima com o agressor “apaga” qualquer afronta moral e extingue o crime.

Esta breve análise da legislação brasileira no que se refere aos crimes sexuais permite concluir que, até há dois anos atrás, entendia-se o estupro não como um crime contra as mulheres, mas como um crime que feria diretamente aos homens em sua posse dos corpos femininos: dos corpos de suas esposas, de suas irmãs ou de suas filhas. No entanto, como colocado anteriormente, a modificação do código, recém-empreendida, não é suficiente no sentido de suprimir os efeitos do discurso discriminatório, constante na legislação desde a promulgação do Código Penal em 1940.

2.3. O abortamento e o estupro como questões de saúde pública.

A III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que aconteceu no Cairo, no ano de 1994, e a IV Conferência Mundial para a Mulher, que teve lugar em Beijing, em 1995, representaram importantes instrumentos de afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todo o mundo. Os programas de ação resultantes de ambas as conferências consolidaram a noção de que os direitos das mulheres a uma vida reprodutiva autônoma e livre de coerções estão intimamente ligados ao provimento de serviços de saúde que atendam às suas demandas.

O programa de Beijing afirma que os direitos humanos das mulheres compreendem seus direitos a terem controle e decidirem livremente sobre assuntos relacionados à sua sexualidade. O documento ressalta ainda que as mulheres devem ter direito a uma saúde sexual e reprodutiva livre de coerção, discriminação e violência (UNITED NATIONS, 1996).

O abortamento inseguro consiste em grave violação desses direitos, e em importante problema de saúde pública em todo o mundo. Segundo pesquisa realizada pelo Alan Guttmacher Institute (1999), estima-se que, das 210 milhões de gestações que ocorrem no mundo todos os anos, 75 milhões são indesejadas, resultando em aproximadamente 46

milhões de abortamentos induzidos. Desses, 20 milhões são praticados em condições inseguras, sendo a esmagadora maioria (cerca de 95%) praticada em países em desenvolvimento e com leis restritivas ao abortamento.

Em decorrência do grande número de abortos inseguros, a prática está entre as principais causas da mortalidade materna. Aproximadamente 13% de todos os óbitos nessas circunstâncias têm como causas complicações por abortos inseguros. É importante salientar que, além das 70.000 mortes anuais, milhares de mulheres sofrem conseqüências severas em sua saúde, em especial em sua saúde sexual e reprodutiva (WHO, 2003).

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (2003), os riscos de morte decorrentes de complicações por procedimentos abortivos inseguros são muito maiores em países em desenvolvimento e que possuem leis restritivas do que naqueles países em que o aborto é feito por profissionais qualificados e sob condições seguras, tendo em vista que, na América Latina e no Caribe, uma em cada oito mortes maternas decorrem de abortamentos inseguros e cerca de um milhão de mulheres na região são hospitalizadas anualmente para tratamento por complicações derivadas de procedimentos realizados em condições precárias (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2009b).

As complicações mais comuns decorrentes desses abortos inseguros são: aborto incompleto, perda excessiva de sangue e infecções. No entanto, outras complicações, mais graves, também podem decorrer de interrupções inseguras como: a perfuração do útero ou intestinos, e inflamação do peritônio. Estima-se ainda que, em torno de 10% a 20% das mulheres que recorrem ao abortamento não recebem atenção médica para complicações graves (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2009b). Esta é uma importante causa pela qual as mulheres que vivem em regiões em desenvolvimento e que possuem legislação restritiva sofrem mais por conta de complicações decorrentes de abortamentos inseguros, tendo em vista que muitas têm medo de procurar assistência médica e serem penalizadas.

Nos países em que os métodos contraceptivos são acessíveis e amplamente utilizados, a taxa de abortamentos tende ao declínio (WHO, 2003 apud BONGAARTS; WESTOFF, 2000). No entanto, é importante observar que ocorrem gravidezes indesejadas mesmo nos países que fornecem amplo acesso ao planejamento familiar, por motivos como: falhas contraceptivas, dificuldades no uso de métodos anticoncepcionais, não-uso de contraceptivos por conta de recusa do parceiro sexual, altas taxas de estupros de mulheres dentro de casa ou por parte de desconhecidos, entre outros. Além disso, há circunstâncias em que uma gravidez desejada pode tornar-se indesejada, como em situações de divórcio ou de crise familiar (WHO, 2003).

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde, em diversos países, mesmo em circunstâncias em que o abortamento é permitido por lei, não estão disponíveis serviços seguros para a realização do procedimento. As razões para esse quadro incluem a falta de profissionais treinados nos serviços de saúde, a sua concentração em áreas urbanas ou de maior população, conduta inadequada por parte de provedores dos serviços, utilização de métodos ultrapassados ou inseguros de interrupção da gravidez, falta de conhecimento sobre a legislação, requerimentos complexos e demorados para a realização do procedimento ou mesmo a falta de recursos materiais (WHO, 2003, p.15).

O Brasil reproduz o padrão mundial de altas taxas de abortamentos. Estes são amplamente praticados, apesar da criminalização das mulheres que recorrem ao aborto. Os números mostram que a criminalização, além de não ser efetiva em termos de inibição da prática, obriga que as mulheres recorram a métodos inadequados, os quais podem causar danos em sua saúde e provocar mortes (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Estimativas recentes sobre a magnitude do aborto no país apontam que foram realizados por volta de 1.054.243 procedimentos abortivos no ano de 2005 (ADESSE; MONTEIRO, 2007). Esse número foi estimado a partir das internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS. Ao total de internações, foi aplicado um multiplicador baseado na hipótese de que aproximadamente 20% das mulheres que induzem o procedimento são hospitalizadas (BRASIL, 2009).

A mesma pesquisa sobre a magnitude do aborto no país mostra que a sua incidência vem diminuindo no período monitorado, entre os anos de 1992 a 2005, sendo, no entanto, considerada ainda muito alta para os padrões de saúde pública, tendo em vista que, para cada três nascidos vivos é praticado um aborto induzido. No entanto, há a possibilidade, apontada no referido estudo, de que a redução do número estimado de abortos entre os anos de 1992 e 2005 seja consequência do aumento na utilização do medicamento misoprostol, popularmente conhecido pela marca *Cytotec*. O medicamento pode ter reduzido a frequência de complicações e, conseqüentemente, a quantidade de internações, incidindo sobre o número estimado de abortos (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

É importante salientar que as dificuldades de mensuração do número de abortos realizados no país são enormes, tendo em vista a ilegalidade da prática, por um lado, e a sonegação de informações, por outro. As mulheres em situação de aborto incompleto ou com complicações que procuram ajuda médica sentem medo e/ou constrangimento em declarar

que realizaram a interrupção nos serviços de saúde, resultando em uma significativa subnotificação do fenômeno (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Pesquisa recente e de amplitude nacional realizada sobre as características do aborto no país, a PNA - Pesquisa Nacional de Aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010), foi realizada com mulheres com idades entre 18 e 39 anos e que residiam em áreas urbanas. Os resultados indicam que, ao final de sua vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres já havia passado pela experiência de, ao menos, um abortamento. A pesquisa observou ainda que o procedimento é mais comum entre mulheres de baixa escolaridade e que é praticado, sem grandes diferenciações, entre mulheres de diversas crenças religiosas. O estudo revela também que cerca de metade dos abortos clandestinos resulta em internação no país.

Segundo dados do Ministério da Saúde, são realizadas por volta de 240 mil internações anuais no SUS, para tratamento de complicações decorrentes de abortamentos, gerando gastos anuais da ordem de 45 milhões de reais, sendo o esvaziamento uterino por conta de abortamento o segundo procedimento obstétrico mais freqüente realizado na rede pública de saúde, estando atrás apenas dos partos normais (BRASIL, 2005c).

Com relação à incidência de abortamentos por Unidades da Federação, há uma significativa desigualdade entre as regiões brasileiras. Os estados das regiões Sudeste (com exceção do Rio de Janeiro), Sul e Centro Oeste (com exceção do Distrito Federal) apresentam taxas inferiores a 20,4 abortamentos para cada 1.000 mulheres de 10 a 49 anos. Já os estados do Norte (com exceção de Rondônia) e do Nordeste (com exceção do Rio Grande do Norte e Paraíba) apresentam taxas maiores que 21,1 abortamentos para cada 1.000 mulheres de 10 a 49 anos. Os casos mais alarmantes estão nos estados do Acre e do Amapá, em que são estimados mais de 40 abortamentos para cada 1.000 mulheres (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. A estimativa oficial da razão de mortes maternas no país é de 76 / 100.000 mulheres. Na década de 1990, em várias capitais brasileiras, o aborto esteve entre a terceira e a quarta causa de mortalidade materna. No entanto, em cidades como Recife e Salvador, ainda permanece como sendo a primeira e segunda causa isolada de mortes (BRASIL, 2009).

O impacto do aborto na mortalidade materna é potencializado para as mulheres negras. As mulheres pretas e pardas correm risco adicional em todas as causas específicas de mortalidade materna, incluindo as mortes que decorrem de abortos inseguros. É previsto que elas corram, aproximadamente, o triplo de risco relativo no que tange à mortalidade materna. Ao estimar a participação proporcional do aborto entre as principais causas da mortalidade

materna, o estudo sobre a magnitude do aborto no país mostra que, enquanto para as mulheres brancas, o abortamento é responsável por, aproximadamente 7,4% das mortes maternas, para as mulheres pardas, a porcentagem é de 9,8%, e para as mulheres pretas, este número sobe para 10,7% (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Os dados apresentados acima sugerem que a prática do aborto inseguro evidencia as diferenças socioeconômicas, regionais e étnico-raciais diante de sua ilegalidade. Esta ilegalidade não é efetiva no sentido de coibir a prática do aborto, mas traz sérias conseqüências para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e acaba por reproduzir a desigualdade social, tendo em vista que “O risco imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro” (BRASIL, 2009, p.11). Desta forma, é importante analisar a prática como uma questão de saúde pública, a qual atinge todas as mulheres brasileiras em seus direitos fundamentais, colocando em risco, principalmente, a vida das mulheres negras e pobres, as quais não possuem recursos para se submeter ao procedimento em clínicas particulares ou para recorrer a um atendimento pós-abortamento de qualidade.

Assim como o aborto, a violência sexual também pode ser tida como uma importante questão de saúde pública, e justifica-se, no presente trabalho, uma breve incursão sobre sua magnitude, considerando sua intersecção à temática dos serviços de abortamento decorrentes dessa violência. Os serviços em questão, na saúde pública brasileira, estão relacionados aos programas públicos de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, como será detalhado posteriormente.

Os crimes sexuais apresentam um baixo índice de denúncias, além de poucos instrumentos adequados para o registro estatístico, o que dificulta a produção de um diagnóstico confiável sobre a magnitude da violência sexual no país (SOUZA; ADESSE, 2005). Os casos denunciados são apenas uma pequena proporção do total. Segundo estudos do Departamento de Medicina Legal da Unicamp, apenas 10% a 20% das mulheres que sofrem esse tipo de violência, a denunciam às autoridades competentes (DREZETT, 2000 *apud* SOUZA; ADESSE, 2005).

São diversas as causas relacionadas à sub-notificação dos casos de violência sexual. Entre elas estão as ameaças por parte do agressor e a vergonha da agressão sofrida. Tal problema é agravado quando o agressor é alguém conhecido ou próximo, como ocorre em casos de abuso sexual intra-familiar, em especial durante a infância e a adolescência, em que o perpetrador se aproveita de sua posição de poder e da autoridade de que goza no núcleo familiar com o intuito de ocultar os abusos (DREZETT; PEDROSO, 2008). Além do vínculo

hierárquico, é possível que haja ainda um vínculo sentimental em casos de agressões entre pessoas conhecidas. Podem contribuir ainda para o baixo índice de denúncias nesses casos: o medo, uma eventual sensação de culpa, o desconhecimento dos direitos legais, os constrangimentos a serem enfrentados em um eventual processo, a falta de acesso à proteção policial e à justiça, ou o descrédito nessas instituições.

O baixo percentual de denúncias pode ser incentivado ainda pela moral conservadora predominante acerca da sexualidade feminina, a qual favorece o pré-julgamento moral e a tendência à culpabilização das mulheres que sofreram alguma espécie de violência sexual. Nos casos das agressões sofridas nos espaços públicos, ainda impera a tendência ao questionamento sobre as vestimentas e as atitudes das mulheres. Já nos casos das agressões sofridas no âmbito conjugal, é comum que as/os envolvidas/os não compreendam a relação sexual forçada pelo parceiro como estupro, sendo tida como parte das obrigações conjugais das mulheres. Nesses casos, a coerção sexual no casamento é banalizada, sendo a relação sexual considerada como um dever conjugal (SOUZA; ADESSE, 2005). Neste quadro de sub-notificação, os crimes sexuais são invisibilizados e, principalmente nos casos de estupro conjugal, nem mesmo são vistos como crimes.

Os registros das Secretarias de Segurança Pública brasileiras indicam a ocorrência de 8,78 estupros e 7,13 casos de atentado violento ao pudor por 100 mil habitantes no país. Nas regiões Norte e Centro-Oeste a situação é ainda mais preocupante, com a incidência de 11,94 e 11,96 estupros por 100 mil habitantes, respectivamente (DREZETT; PEDROSO, 2008). Tais números se referem ao ano de 2000, quando ainda não estava em vigor a nova legislação sobre os crimes sexuais, a qual suprimiu o crime de atentado violento ao pudor, os quais hoje seriam somados às estatísticas referentes aos estupros. Os dados foram compilados para estudo do Ipas Brasil sobre a violência sexual no país¹⁸. É importante salientar que se tratam de números oficiais, levantados a partir dos registros das delegacias, e que refletem a situação de extrema sub-notificação dos crimes sexuais, introduzida acima.

Os dados oficiais, no entanto, expressam apenas de forma precária a magnitude do problema. Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo e na Zona da Mata Pernambucana, o qual abrangeu 2.645 mulheres em idade reprodutiva, verificou que aproximadamente 10% das mulheres da região metropolitana de São Paulo e 14% das residentes na Zona da Mata relatam terem sido forçadas, alguma vez, a praticar atos sexuais

¹⁸ Trata-se da pesquisa *Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios*, que busca sistematizar os estudos sobre a temática no país.

contra a sua vontade, ou ainda forçadas a uma prática sexual degradante (COUTO et. al., 2004).

Já com relação ao estupro por parte de parceiros íntimos, pesquisa de opinião da Fundação Perseu Abramo, realizada no ano de 2001, com 2.502 mulheres em diversas regiões do Brasil mostra que, ao serem questionadas, 13% das mulheres confirmaram já terem sido vítimas de estupro conjugal ou abuso (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

Conclui-se, portanto, deste levantamento sobre a magnitude do aborto e da violência sexual no Brasil, que ambas as questões apresentam grande relevância por conta de sua alta incidência no país, devendo, desta forma, ser privilegiadas em termos de políticas públicas no setor saúde e merecendo também uma maior discussão no âmbito legislativo, para que sejam minimizados os agravos da criminalização.

2.4. Os serviços de abortamento legal no país.

Em casos de violência sexual, como já enfatizado, o aborto é permitido por lei, no entanto, há evidências de que um significativo contingente de mulheres que deveria ter acesso ao aborto seguro em ambiente hospitalar coloca sua saúde em risco por se submeter a abortos clandestinos (FAÚNDES et al., 2004). Em situações de estupro o abortamento é um inequívoco direito das mulheres, que têm incluídos seus direitos à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva na Constituição Federal e nas Normas Internacionais de Direitos Humanos. Desta forma, cabe ao Estado garantir a interrupção dessas gestações de maneira ética, segura e humanizada (BRASIL, 2008b).

Apesar do permissivo legal em casos de abortamento decorrente de estupro, apenas na década de 1980 foram realizados, oficialmente, os primeiros atendimentos no serviço de saúde pública do país. O primeiro serviço normatizado do Brasil foi implantado no ano de 1989, na cidade de São Paulo. A portaria nº 682, de 26 de abril de 1989, criou o primeiro serviço de abortamento legal em um hospital público: o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Sabóya (WESTPHAL, 2009). Segundo Soares (2003, p. 400), inicialmente as atividades estavam centradas no processo de interrupção da gravidez, mas, posteriormente, o foco do atendimento passou a ser a atenção à violência sexual, ampliando a abrangência das ações de saúde.

Dentre os fatores impulsionadores para a criação do serviço de assistência ao abortamento previsto em lei no Brasil estão: a atuação dos movimentos de mulheres e

feministas, que há muito já discutiam a questão do aborto em termos da garantia de direitos sexuais e reprodutivos; e a realização da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo, no ano de 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, no ano de 1995, as quais, como enfatizado anteriormente, consolidaram a definição de direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando que o aborto previsto em lei deve ser realizado em condições adequadas e seguras. Outro ponto de incentivo para a criação dos serviços foi a edição da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, já no ano de 1999. O documento traz orientações e normatiza o procedimento, contribuindo para a aceitação e garantia de segurança das/os profissionais (SOARES, 2003).

No entanto, ainda há inúmeros problemas e obstáculos no fornecimento desses serviços e no acesso das mulheres ao aborto legal. São alguns deles: o número ainda insuficiente de serviços de referência capacitados para o procedimento de abortamento previsto em lei; o desconhecimento da legislação por parte das/os profissionais de saúde e da população em geral, o que causa o receio e o temor de ser legalmente incriminado/a; a recusa em proporcionar atendimento por conta de crenças religiosas e a subsequente alegação da objeção de consciência por parte das/os médicas/os designadas/os à realização do procedimento.

No último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde sobre os Serviços de Atenção Especializada para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, foram identificados 60 hospitais de referência preparados para realizar o procedimento de interrupção da gestação decorrente de estupro em todo o Brasil. As informações foram prestadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde em resposta a Ofício expedido pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, e consolidadas pelo órgão em abril de 2009.

Os serviços estão distribuídos de maneira bastante irregular pelas regiões brasileiras. A Região Nordeste apresenta o maior número de centros de referência, são 26 espalhados entre vários estados, com destaque para o Ceará, com 12 serviços distribuídos pela capital Fortaleza (três) e outras cidades menores. Em segundo lugar vem a Região Sudeste, com 18 serviços. O estado da Região com o maior número de unidades é São Paulo, com 11 hospitais e centros de saúde, seguida por Minas Gerais, com cinco unidades.

A Região Norte possui oito serviços, a Região Sul possui cinco e, a Região Centro-Oeste apenas três serviços, apresentando o pior desempenho em termos de quantidade de centros e hospitais de referência que fornecem o abortamento legal em decorrência de estupro. Na região Centro-Oeste, apenas Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso

disponibilizam o serviço. Há ainda cinco estados brasileiros que não fornecem nenhuma unidade capacitada para realizar o aborto legal: Mato Grosso do Sul (no momento do levantamento consta que o serviço estava em fase de estruturação), Paraná, Rio Grande do Norte, Roraima e Tocantins.

A análise dos serviços mostra ainda que a média é de uma unidade por estado, estando eles localizados, em geral, nas capitais, com exceção de Ceará, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Maranhão, estados que apresentam mais de uma unidade de referência para o abortamento legal.

O Ministério da Saúde ainda não disponibiliza nenhuma informação sobre as equipes que realizam tais serviços, sendo importante avaliar se as unidades contam com pessoal qualificado e boas condições em termos de instalações e equipamentos. Não há ainda qualquer levantamento ou estimativa oficial do número de atendimentos realizados nos Serviços de Atenção Especializada para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

Pesquisa realizada durante o ano de 2005 junto aos serviços de abortamento legal no Brasil mostra que, desde a implantação do serviço no primeiro hospital, em 1989, até o ano de 2005, foram realizados apenas 1.606 atendimentos a mulheres que tinham direito ao aborto (TALIB; CITELI, 2006). O levantamento evidencia que há uma condição de invisibilidade do aborto no país e um amplo desconhecimento da população em geral sobre os casos em que este é permitido por lei e sobre os próprios serviços oferecidos. A subutilização dos serviços deve ocorrer, em grande parte, devido a esta escassez de informação. A pesquisa coloca ainda o relativo desconhecimento dos serviços existentes no interior dos próprios hospitais em que operam, por parte dos profissionais de saúde.

Uma evidência da falta de conhecimento da população sobre a questão do aborto previsto em lei foi dada por pesquisa realizada pelo IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, para a organização Católicas pelo Direito de Decidir. De acordo com o levantamento, realizado em 2006, 48% da população entrevistada não conhece as situações em que o abortamento pode ser realizado legalmente (TALIB; CITELI, 2006). Foram feitas 2002 entrevistas em 143 municípios no mês de julho de 2006, em que os entrevistados eram estimulados a listar os casos em que o aborto é permitido por lei no Brasil. 56% das pessoas entrevistadas afirmaram que o aborto é legal quando a gravidez resulta de estupro, 44% disseram ser permitido quando a gestante corre risco de morte, e 45% afirmaram, erroneamente, que o procedimento é permitido por lei em casos de má formação fetal. É interessante ainda observar que 25% dos/as entrevistados/as acreditam que o aborto é

permitido quando a mulher é soropositiva. As pessoas de maior escolaridade, residentes na região sudeste do país e com maior renda familiar, de acordo com os resultados do levantamento, possuem maior conhecimento da legislação sobre o aborto.

Um segundo questionamento presente na pesquisa relatada acima refere-se ao conhecimento da população sobre os serviços que realizam o procedimento de abortamento previsto em lei em suas cidades e municípios. 95% dos entrevistados afirmaram não saber, não opinaram, ou disseram que nenhum hospital podia fornecer o serviço. Apenas 5% das pessoas entrevistadas tentaram indicar o nome de alguma unidade hospitalar a qual poderia realizar o procedimento (TALIB; CITELI, 2006).

O número de solicitações nos serviços que oferecem o abortamento legal tem sido baixo, tendo em vista as estimativas de ocorrência de gravidezes decorrentes de violência sexual. Estima-se que a incidência de gestações em mulheres violentadas esteja entre 1% a 4% de todos os estupros. Em Brasília, dados de 1997 evidenciam que, os 2.000 a 4.000 estupros estimados para a cidade de janeiro a outubro de 1997 deveriam resultar em um mínimo de 20 e um máximo de 160 gravidezes. No entanto, no mesmo período foram realizadas somente oito interrupções resultantes de estupro na cidade (FAÚNDES et al., 1998).

Pode-se inferir, tendo em vista o quadro apresentado, que, por conta de um desconhecimento da legislação ou dos serviços de referência ao abortamento legal ofertados na rede de saúde, da invisibilidade do aborto no país pela legislação restritiva ao procedimento e, ainda, da subnotificação dos casos de estupro no país, as mulheres estejam precisando recorrer ao abortamento inseguro e a serviços clandestinos mesmo nos casos previstos em lei, enquanto poucas mulheres que engravidaram em decorrência de estupro podem usufruir de seu direito à interrupção nos serviços públicos de saúde, de forma segura.

2.5. As normas da área da saúde para os procedimentos de aborto legal.

O atendimento nos casos de aborto previsto em lei é regulamentado pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Com o objetivo de regulamentação do Artigo 128 do Código Penal, que isenta de ilicitude o aborto em casos de estupro, o órgão lançou duas Normas Técnicas com diretrizes para o atendimento no setor de saúde dos casos de violência sexual e abortamento: a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, lançada em 1998, reeditada e ampliada em 2005, e a Norma Técnica de “Atenção

Humanizada ao Abortamento”, também de 2005. A expedição dessas normas representa o reconhecimento de que o serviço de saúde pública tem a responsabilidade de oferecer o abortamento legal e seguro às mulheres que engravidam em decorrência de estupro.

A Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” foi lançada com o intuito de capacitar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, além de ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. O documento coloca a importância dos serviços de saúde específicos para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, afirmando, porém, que não há obrigatoriedade da organização de serviço específico para esse fim, podendo a assistência ser integrada às ações habituais dos serviços de ginecologia e obstetrícia. Já a atenção ao abortamento previsto em lei, segundo a norma, por necessitar de maiores recursos, é reservada para unidades de saúde específicas, os denominados “serviços de referência”, sendo da competência dos gestores municipais e estaduais definirem o maior número possível desses serviços.

Sobre o atendimento às mulheres que sofreram violência sexual, este deve ser realizado em local específico, preferencialmente fora do espaço físico do pronto-socorro, com o intuito de não constranger a agredida. O atendimento deve ser ainda, idealmente, prestado por equipe interdisciplinar, composta por médicas/os, psicólogas/os, enfermeiras/os e assistentes sociais (BRASIL, 2005b).

Em casos de gravidez, seja suspeita ou confirmada, a orientação é de considerar a demanda da mulher, identificando se ela manifesta desejo de interromper a gestação. É obrigação das/os profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre o direito ao abortamento e apresentar as alternativas à interrupção, como assistência pré-natal e/ou entrega da criança para adoção. O documento coloca que “é direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez” (BRASIL, 2005b). Da mesma forma, essas mulheres devem ser esclarecidas do direito de manterem a gestação, e, se optarem pela doação, “os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção” (BRASIL, 2005b).

A publicação enfatiza ainda a importância do acolhimento às mulheres que sofreram estupro, “o que significa compreender e acreditar no depoimento da pessoa em situação de violência..., contextualizando os aspectos socioculturais, históricos e econômicos” (BRASIL, 2005b). Enfatiza também que é importante não culpabilizar a mulher que sofreu a violência ou mesmo influenciar em sua decisão, seja ela pelo abortamento ou por levar a

gestação até o seu término. Não deve ser exigido, ainda, qualquer documento policial para a prática do abortamento. A mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia ou de apresentar boletim de ocorrência para ter direito ao procedimento de aborto legal. Segundo a norma:

Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida com **presunção de veracidade**. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça (BRASIL, 2005b).

A equipe médica não deve ainda, temer conseqüências jurídicas caso se comprove, posteriormente, que a gravidez não decorreu de violência sexual¹⁹, sendo a gestante, em tal caso, a única a responder criminalmente. Como forma de proteger a equipe, é necessário e imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a interrupção.

Segundo a norma, a assistência às mulheres que sofreram violência sexual é prioritária, sendo a recusa infundada e injustificada caracterizada como omissão, podendo ser o profissional, segundo o Código Penal (art. 13, § 2º) ser responsabilizado civil e criminalmente por quaisquer conseqüências à saúde da paciente. Não cabe ainda, no atendimento imediato após a violência sexual, a alegação de objeção de consciência por parte da/o profissional, tendo em vista que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão de sua omissão.

No entanto, é garantida à/ao médica/o a objeção de consciência nas situações de interrupção de gravidez resultante de violência. Nesses casos, é dever da/o profissional garantir a atenção ao abortamento por outra/o profissional da instituição ou de outro serviço, não podendo ser negado o atendimento à mulher pela instituição²⁰. O documento ressalta ainda que o direito de objeção de consciência não se aplica em casos excepcionais, como: risco de morte para a mulher; em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o faça; quando a mulher corre o risco de sofrer danos ou

¹⁹ Segundo o Código Penal, art. 20, § 1º, "é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima".

²⁰ Segundo o Código de Ética Médica: "O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente" (Cap.I. § VII). É seu direito "Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência." (Cap.II § IX). É vedado "Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética." (Cap.III art.15).

agravos à saúde em razão da omissão; e no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência. Portanto é um “dever do Estado e dos gestores de saúde manter, nos hospitais públicos, profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei” (BRASIL, 2005b).

Já a “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento” reafirma a importância do reconhecimento, por parte do governo brasileiro, de que o aborto inseguro é importante causa de morte materna e de que as mulheres que procuram os serviços de saúde em processo de abortamento devem ser acolhidas e tratadas com dignidade (BRASIL, 2005c). O documento reconhece ainda que a discriminação e desumanização no atendimento é, ainda, uma realidade de muitos serviços públicos no Brasil, sendo expressões disso a recusa de internação, a longa espera para atendimento e a demora na resposta às demandas das mulheres. O documento traz ainda importantes diretrizes relacionadas à ética e sigilo profissionais. Aponta que, diante de abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, a/o profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, tendo em vista que “o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento”²¹.

2.6. Apresentando o serviço de abortamento legal em Brasília.

O Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), é o único hospital capacitado para o abortamento previsto em lei em todo o DF. O hospital, com seus 345 leitos, é referência no Distrito Federal para a gestação de alto risco, UTI neonatal, reprodução assistida, programa de medicina fetal, câncer ginecológico e na assistência às mulheres vítimas de violência sexual²².

A Resolução nº 1/96 do Conselho de Saúde do Distrito Federal (Anexo A), homologada em 30 de abril de 1996, aprovou a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização do abortamento nos casos previstos em lei no Hospital Regional da Asa Sul. Após conclusão do Protocolo de Atendimento às mulheres em situação de violência sexual, por comissão designada, teve início o serviço, que recebeu o nome de “Programa SOS Mulher – Aborto Previsto em Lei”.

²¹ Segundo o Código Penal brasileiro, é crime “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (art. 154).

²² Informações disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no endereço <www.saude.df.gov.br>. Acesso em 20 de dezembro de 2010.

Em ofício encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (Anexo B), consta a rotina inicial de atendimento à mulher que sofreu estupro e que deseja abortar. O documento estabelece que a paciente deve ser encaminhada à Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) que, por sua vez, a deve encaminhar ao Instituto Médico Legal (IML). Somente depois de constatado que a gestação é proveniente do estupro, a paciente, de volta ao HRAS, é entrevistada por assistente social e psicólogo/a, assinando também uma declaração de responsabilidade. O médico apenas poderia providenciar a internação da paciente, portanto, após ter em mãos a cópia da ocorrência policial, o laudo do IML e o parecer da psicologia. É importante ressaltar que, segundo a legislação brasileira, não é necessária a apresentação de boletim de ocorrência para a interrupção da gestação prevista em lei.

Tal exigência do boletim de ocorrência foi considerada desnecessária posteriormente, após recomendação do Ministério da Saúde, por meio da edição da anteriormente citada Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, em 1998. Consta ainda no documento ao Conselho Regional de Medicina que o abortamento poderia ser realizado apenas até a 12ª semana de gestação, procedimento também modificado após o parecer do Conselho, que recomenda a interrupção até a 20ª semana de gestação, tendo em vista que é essa a recomendação da Organização Mundial de Saúde para a realização do aborto, e que muitas mulheres chegam tardiamente aos serviços de referência para o aborto previsto em lei.

Com a publicação do Decreto nº 23.818 de 03 de junho de 2003, que criou o Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências – NEPAV, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do DF, o programa para interrupção da gravidez passou a trabalhar junto ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Acidentes e Violências do HRAS. O NEPAV organizou e coordena a rede intersetorial de atenção às mulheres que sofreram violência no DF. Hoje, há programas implantados em 16 regionais de saúde, sendo que três deles, incluso o do HRAS, denominado *Programa Violeta*, fornecem atendimento psicossocial às vítimas de violência ²³.

²³ Informações disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no endereço <www.saude.df.gov.br>. Acesso em 20 de dezembro de 2010.

2.6.1. O atendimento.

O Programa de Aborto Legal, juntamente com o *Programa Violeta*, possuem o objetivo comum de “assegurar à mulher em situação de violência sexual todas as condições necessárias para um atendimento médico integral, assim como para sua reestruturação emocional/psicológica e sua reintegração social” (TENÓRIO, 2005, p.87). Para tanto, segundo recomenda o “Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual”, produzido pela SES/DF (2008) com o objetivo de orientar as/os profissionais da rede, a paciente deve ser atendida e acompanhada por uma equipe multidisciplinar, composta por obstetra, psicóloga/o, assistente social e enfermeira/o ²⁴. A maior parte dos 16 hospitais que implantaram o PAV faz o atendimento, a notificação da violência e o acompanhamento das vítimas. No entanto, apenas três desses hospitais proporcionam atendimento psicológico, sendo o HRAS o mais bem estruturado.

Fazem parte do quadro do Programa de Aborto Legal, atualmente, cinco profissionais: uma médica, um médico, uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga (esta trabalha também no Programa Violeta). A equipe costuma passar por alterações, principalmente em seu quadro médico, tendo em vista que a participação no programa é voluntária. Os/as obstetras contam com o incentivo de uma carga-horária livre de 18 horas semanais, para dedicação ao programa, independente de haver ou não demanda.

A assistente social M.²⁵ participou da fase de implantação do programa no HRAS. Ela afirma que, no início, o processo de recrutamento das/os médicas/os foi muito difícil, pois

²⁴ De acordo com o “Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual”, produzido pela SES/DF, as atribuições das/os profissionais são as seguintes:

Obstetra: responsável pela primeira fase de análise do Programa de Assistência ao Aborto Legal, na qual será avaliada a compatibilidade dos dados fornecidos pela paciente (data da última menstruação, data do estupro) e a idade gestacional, que é avaliada pela ecografia. Se os dados forem compatíveis, o médico desencadeia o processo de aborto legal, assinando o termo de concordância e encaminhando a paciente para as posteriores avaliações.

Assistente social: responsável por orientar quanto aos trâmites legais exigidos pela instituição, caso opte pelo aborto previsto em Lei; informar sobre seus direitos sociais e trabalhistas; discutir a opção frente a realizar interrupção da gravidez ou deixar para adoção ou permanecer com o bebê. Caso a mulher decida deixar para adoção a criança fruto da violência, o assistente social deverá iniciar as providências legais junto ao setor de adoção da Vara da Infância e Juventude, assim que a criança nascer.

Enfermeira: acolher a mulher e providenciar os encaminhamentos necessários, conforme o protocolo, auxiliando o médico nas orientações.

Psicóloga: identificar o desejo de interrupção ou não da gravidez, os valores morais e religiosos e discutir outras alternativas como: pré-natal, permanecer com o bebê ou doação do recém-nascido. Acompanhamento psicoterápico. (SES/DF, 2008, p.24)

²⁵ Os nomes das/os entrevistadas/os serão preservados, tendo em vista sua situação especial de subordinação profissional à instituição, além da temática, que traz implicações de ordem moral e ética a todas/os as/os envolvidas/os.

as/os profissionais não tinham interesse em participar. Foram espalhados avisos pelo hospital, os quais informavam sobre o programa, convidando as/os profissionais a integrá-lo. No entanto, apenas uma médica teria aparecido, tendo desistido rapidamente por conta da pressão exercida pelos colegas de profissão, os quais a taxaram de “aborteira”.

M., segundo seu próprio relato, exerce o papel de “coordenadora de fato” no Programa de Aborto Legal, no entanto, a “coordenação formal”, “no papel”, é exercida pela chefia do NEPAV. A falta de supervisão e de uma coordenação formal mais presente é uma das reclamações da profissional, que afirma que falta suporte do próprio hospital, tendo em vista que as/os profissionais do programa não possuem uma supervisão mais próxima em suas atividades.

Sobre a rotina do programa, esta integra as/os cinco profissionais. O fluxograma de atendimento (Anexo C) inicia com a chegada da paciente vinda de qualquer outro centro de saúde ou hospital, da emergência do próprio Centro Obstétrico do HRAS, de outras instituições (como a DEAM, por exemplo), ou por demanda espontânea. Ela é encaminhada então ao Programa Violeta ou à Coordenação do PAV, e após isto comparece para consulta com médica/o no ambulatório, por meio de agenda aberta. Nesse atendimento são realizados os exames de constatação da idade gestacional, para verificação se esta é compatível ou não com a data suposta da violência. Se a/o obstetra confirma que a gravidez pode ter sido decorrente do estupro, a paciente é encaminhada à psicologia do Programa Violeta (a profissional participa dos dois programas) e realiza, no mínimo, três consultas, no sentido de confirmar se deseja mesmo realizar o aborto ou se gostaria de levar a gestação adiante, com a alternativa de doar a criança para ser adotada. O próximo passo, caso a gestante deseje interromper a gestação, é a convocação de uma reunião entre os profissionais e a paciente, para assinatura de documentação obrigatória²⁶ (Anexo D). Posteriormente, a paciente segue para a internação, o mais rápido possível, e realiza o procedimento. Após receber alta hospitalar a paciente retorna ao *Programa Violeta* para acompanhamento psicológico, e à/o obstetra, se necessário.

²⁶ O Ministério da Saúde, ao estabelecer que o Boletim de Ocorrência é dispensável, nos casos de aborto em gestação decorrente de estupro, normatizou o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei. O procedimento é condição necessária para o aborto em casos de violência, e envolve os seguintes documentos: O Termo de relato Circunstanciado, em que a vítima relata o acontecido; o Parecer Técnico da/o obstetra, em que este atesta compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual alegada; o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção, a ser assinado pela equipe multidisciplinar do serviço; o Termo de Responsabilidade, em que a vítima assume “a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto”; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que a paciente declara estar consciente dos procedimentos e alternativas ao aborto, e autoriza a equipe do hospital a realizar os procedimentos necessários.

2.6.2. O procedimento.

Podem realizar o procedimento de interrupção da gestação as mulheres que engravidaram, em decorrência de violência sexual, ou que correm risco de morte atestado por médico/a. No entanto, o procedimento é realizado apenas quando a paciente “está dentro do protocolo”. Estão “fora do protocolo” aquelas cuja idade gestacional não é compatível com a data atestada do estupro. Os exames são realizados pela/o obstetra, que atesta a idade gestacional e a compara com a data revelada pela paciente. Quando as datas “não batem”, assume-se que a gravidez não aconteceu em decorrência do estupro. Nessas situações, segundo M., o programa recorre ao Ministério Público, com o intuito de buscar o amparo de uma decisão judicial, e é o órgão que decide se o procedimento deve ser ou não realizado.

Outro caso em que a paciente fica impossibilitada de realizar o abortamento é aquele em que a gravidez ultrapassa as 20 semanas, tendo em vista que nessa idade gestacional, já avançada, o procedimento apresenta mais riscos. Quando tal situação ocorre (segundo relatos da equipe, é comum que as pacientes procurem o programa já com idade gestacional avançada), é oferecida a possibilidade de acompanhamento pré-natal e a equipe informa à gestante que, se for de seu interesse, há a possibilidade de doar a criança para adoção.

Os procedimentos técnicos utilizados no Programa de Aborto Legal para o abortamento variam de acordo com a idade gestacional, e seguem recomendação da Norma Técnica do Ministério da Saúde para a interrupção da gravidez. Até as 12 semanas de gestação, o método utilizado é a aspiração a vácuo intrauterina, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Trata-se de procedimento seguro, rápido e eficiente, com complicações excepcionais e de baixa gravidade (BRASIL, 2005b).

O HRAS utiliza o método da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) apenas até as 12 semanas. Para os abortamentos realizados entre as 12 semanas e as 20 semanas (período máximo recomendado para a realização do abortamento), o método utilizado (e também recomendado pelo Ministério da Saúde) é a indução medicamentosa por meio do misoprostol, popularmente conhecido como Cytotec. A mulher é mantida internada até a conclusão da interrupção, e o esvaziamento uterino é completado, se necessário, por meio de curetagem. A curetagem oferece maiores riscos, principalmente o de perfuração do útero e de sangramento excessivo durante o procedimento (BRASIL, 2005b).

2.6.3. Os números do programa.

Segundo números disponibilizados pela equipe do HRAS, foram realizadas, desde setembro de 1996, quando se iniciaram os trabalhos do Programa de Aborto Legal, até dezembro de 2010, um total de 82 interrupções. Dessas, 54 foram realizadas em decorrência de estupro, e 28 porque a gestante corria risco de morte. A partir de 2009, a equipe passou a contabilizar as pacientes que procuraram o programa, e, dessas, quantas realizaram o procedimento. No ano de 2009 a demanda foi de 17 pacientes. Dessas, sete efetivaram a interrupção (cinco por estupro e duas por risco de morte). Já no ano de 2010, a demanda foi de 18 pacientes e o número de interrupções permaneceu o mesmo (cinco por estupro e duas por risco de morte). As pacientes que não efetivaram o procedimento o fizeram por dois motivos principais: ou desistiram de realizar o aborto ou não se encaixaram no protocolo do serviço.

Os números de interrupções realizadas pelo HRAS podem ser considerados baixos, tendo em vista o número de ocorrências por estupro registradas nas Delegacias do Distrito Federal. A tabela abaixo traz os números absolutos das ocorrências de estupros nas Delegacias Policias do DF. O levantamento é feito pela Divisão de Estatística e Planejamento Operacional (DEPO) do Departamento de Atividades Especiais (DEPATE) da Polícia Civil do Distrito Federal (MAIA, 2010). A tabela abaixo traz compilação desde o ano de 1999 até o mês de novembro de 2009:

Tabela 1:

Total de ocorrências de estupros registrados nas Delegacias da Polícia Civil no Distrito Federal.

Distrito Federal, (1999 – 2009).

ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (ATÉ NOVEMBRO)
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	353	319	399	355	296	270	335	271	240	217	277

Fonte: DINF/DEPO/DEPATE/PCDF. Dados consultados em (MAIA, 2010, p.21).

É importante enfatizar que os números oficiais estão baseados nas ocorrências policiais, e que, como colocado anteriormente, os crimes sexuais apresentam um índice de denúncias muito baixo, estimado em aproximadamente 10% a 20% dos casos (DREZETT, 2000 *apud* SOUZA; ADESSE, 2005). A estimativa de incidência de gestações em mulheres

violentadas está entre 1% a 4% de todos os estupros (FAÚNDES et al., 1998). Portanto, é possível inferir que boa parte das mulheres que engravidam em decorrência de violência sexual não está procurando o serviço de abortamento legal, inclusive por desconhecer que exista esse tipo de serviço oferecido por instituição pública. Ou essas mulheres estão levando suas gravidezes adiante, ou estão abortando de maneira insegura, por não conhecerem seu direito ao abortamento legal e seguro no Serviço de Saúde Pública.

CAPÍTULO 3

Procedimentos Metodológicos

3.1. Apresentação do estudo e delimitação do universo de pesquisa.

O presente estudo se configura como uma pesquisa em nível exploratório com o intuito de identificar as representações e práticas dos/as profissionais de saúde que atuam no Hospital Regional da Asa Sul de Brasília (HRAS), assim como dos/as profissionais da área de segurança pública que atuam na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) do Distrito Federal. Como enfatizado anteriormente, as representações sociais são entendidas aqui como uma forma de conhecimento elaborado socialmente, “blocos de sentido” os quais podem estar tanto articulados quanto em oposição a outros blocos (PORTO, 2006, p.253). Leva-se em conta ainda a sua característica de orientar as condutas das/os agentes. Espera-se, portanto, com a análise das narrativas desses/as profissionais, verificar os seus conhecimentos e as suas opiniões sobre a prática do abortamento decorrente da violência sexual, e em que medida as suas concepções e representações acerca do assunto influem na sua prática profissional e no atendimento às mulheres que engravidaram, em decorrência da violência, e que optaram por realizar o aborto.

A pesquisa foi realizada por meio de trabalho de campo que teve como universo o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) e a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Ambas as instituições se localizam na Asa Sul de Brasília, área nobre do Plano Piloto. O HRAS foi selecionado por se tratar do único hospital de referência para a realização do abortamento previsto em lei em todo o Distrito Federal. O hospital possui um programa específico para o acolhimento e atendimento das mulheres que engravidaram em decorrência de estupro e desejam interromper a gestação, denominado “Programa de Aborto Legal”. O programa atende mulheres de todo o Distrito Federal e até mesmo de outros estados do Brasil.

Já a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher foi escolhida por se tratar de importante porta de entrada para as mulheres violentadas, ao procurar o serviço público. O Distrito Federal dispõe de apenas uma delegacia especializada no atendimento às mulheres em situação de violência. As demais unidades policiais de atendimento a essas mulheres são postos policiais localizados nas cidades-satélites de Ceilândia, Samambaia, Riacho Fundo, Sobradinho e Paranoá.

As/os participantes da pesquisa foram as/os profissionais de saúde que atuavam no Programa de Aborto Legal do HRAS no momento da pesquisa de campo e os profissionais da segurança pública que atuavam diretamente com as mulheres que sofreram violência sexual na DEAM no momento da pesquisa de campo.

No caso do HRAS, o critério de inclusão das/os profissionais para participação no estudo foi a atuação no Programa de Aborto Legal no momento da pesquisa de campo. Optou-se por entrevistar todas/os as/os profissionais do programa, tendo em vista que se trata de uma equipe reduzida. São cinco as/os profissionais em atividade no programa atualmente. A equipe multiprofissional é composta por: uma médica, um médico, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga. O número de integrantes da equipe é flutuante, assim como as/os profissionais que dela fazem parte, em especial a equipe médica. A inclusão de toda a equipe no estudo deu-se ainda por conta da necessidade de verificar as representações e experiências de profissionais de diferentes áreas de atuação no atendimento às mulheres que procuram o serviço com o intuito de recorrer ao abortamento.

Já na DEAM, selecionou-se para participação no estudo um profissional de cada uma das principais áreas de atendimento às mulheres vítimas de estupro: a Seção de Repressão ao Estupro, responsável pela apuração dos casos; a Seção de Atendimento Psicológico, que fornece apoio psicológico às mulheres que chegam à delegacia em estado de choque; e o Plantão Policial, área dos profissionais que recebem as mulheres na delegacia e são responsáveis pelo seu atendimento inicial, no momento em que as vítimas vão prestar a queixa. Participaram da pesquisa um profissional de cada uma das seções descritas, adotando-se como critério de seleção a sua disponibilidade, tendo em vista o caráter de urgência do serviço prestado pela DEAM, e a atuação na instituição por, no mínimo, um ano.

A abordagem adotada foi do tipo qualitativo, a qual foi escolhida por mais se adequar aos objetivos propostos, tendo em vista que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1999, p.21). A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas com as/os profissionais das duas instituições, totalizando oito entrevistas, sendo cinco com profissionais do HRAS e três com profissionais da DEAM, tendo sido utilizados os critérios descritos anteriormente.

3.2. O trabalho de campo.

O trabalho de campo compreendeu duas etapas, ambas de abordagem qualitativa. A primeira delas, realizada entre a primeira quinzena de junho e a primeira quinzena de julho de 2010, envolveu um conjunto de quatro visitas exploratórias ao Hospital Regional da Asa Sul e à Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher. Foram realizadas duas visitas em cada uma das instituições, com o objetivo de: 1. estabelecer um primeiro contato com as equipes profissionais e 2. obter informações mais detalhadas sobre o funcionamento e estrutura dos serviços prestados. A partir das informações obtidas nessas primeiras visitas foram produzidos relatórios de campo, com o intuito de sistematizar as informações.

Após a fase de visitas exploratórias foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, face a face, registradas por meio de gravação de voz, com exceção de uma delas, em que a entrevistada solicitou que a pesquisadora registrasse apenas por escrito. Tais entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro e dezembro de 2010, e gravadas no HRAS e na DEAM, com a duração aproximada de 20 a 45 minutos. Foram entrevistados/as: toda a equipe multiprofissional do Programa de Aborto Legal, composta por cinco profissionais, e três dos/as profissionais que atuam no atendimento às mulheres vítimas de estupro na DEAM. Os critérios de inclusão foram descritos no tópico anterior. Optou-se por realizar entrevistas semi-estruturadas, ou seja, com um roteiro pré-estabelecido, porém passível de intervenções e modificações. Esse tipo de entrevista facilita a orientação da conversa sem, no entanto, restringir a intervenção da pesquisadora, se necessário, ou de acordo com o interesse da/o entrevistada/o.

Foram elaborados dois roteiros de entrevistas com questões semelhantes (Anexo E e Anexo F), adaptadas à realidade de cada um dos serviços, com o intuito de orientar as entrevistas com as/os profissionais de saúde e com as/os profissionais da segurança pública. Ambos os roteiros seguiram a estrutura de seis breves blocos temáticos, que abordavam: o perfil socioeconômico da/o entrevistada/o, sua experiência profissional no serviço em questão, suas representações sobre o abortamento e a violência sexual, a legislação relacionada ao abortamento, o conhecimento dos procedimentos e/ou técnicas utilizados de acordo com o serviço prestado e questões relacionadas à religião/religiosidade. Foi oferecido ainda, ao final de cada entrevista, um espaço para que a/o participante pudesse fazer outras observações.

Além do recurso às entrevistas, o qual possibilitou o acesso a dados diretos, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática do aborto, direitos sexuais e reprodutivos

e violência contra as mulheres. Foi feita, por fim, uma análise documental de materiais fornecidos pelas/os participantes da pesquisa. A pesquisadora teve acesso ao fluxograma de atendimento, rotina e competência do Programa de Aborto Legal, resoluções, pareceres oficiais e termos relacionados à rotina de atendimento da instituição e à implantação do serviço. Todos os documentos consultados estão disponíveis em anexo, ao final do presente relatório.

3.3. Procedimentos éticos.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, assim como suas resoluções complementares, o projeto de pesquisa que orientou esta monografia foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF). O projeto deu entrada no CEP no dia 26 de outubro de 2010, sendo aprovado em 01 de dezembro de 2010, segundo Parecer nº 3432010.

Foram providenciadas as necessárias medidas de proteção às/aos participantes da pesquisa, quais sejam: explicação detalhada sobre os procedimentos da pesquisa, assim como sua finalidade; aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G), assinado por todas/os as/os entrevistadas/os e pela pesquisadora responsável; sigilo de identificação dos/as entrevistadas/os, com anonimato; respeito à sua opção de não responder a determinada pergunta ou não gravar a entrevista em áudio; adaptação aos horários e locais de atendimento das/os profissionais, com o intuito de não comprometer o fornecimento dos serviços; dentre outras medidas.

CAPÍTULO 4

Experiências e representações das/os profissionais de saúde sobre o aborto e a violência sexual

4.1. Breve perfil das/os entrevistadas/os.

No Programa de Aborto Legal, a equipe multiprofissional é composta por quatro mulheres (assistente social, psicóloga, enfermeira e médica) e apenas um homem (médico). A idade das/os profissionais varia entre 34 e 55 anos e, quanto ao estado civil, dois/duas são casados/as e três vivem em união estável. Três profissionais se auto-declararam brancos/as, uma afirmou ser morena e uma declarou-se parda.

Sobre a formação e o perfil profissional das/os entrevistadas/os, a maior parte da equipe possui pós-graduação em suas áreas de atuação, sendo uma profissional pós-graduada também em bioética, curso que realizou antes de ter iniciado as suas atividades no programa. Apenas uma profissional não possui experiência de trabalho anterior em outro hospital, tendo realizado sua residência no próprio HRAS. As/os demais profissionais trabalharam anteriormente em outros hospitais públicos de Brasília ou outros estados.

O profissional de Saúde F. foi Chefe do Centro de Saúde da Agrovila São Sebastião, onde trabalhava no ambulatório para adolescentes. O médico afirma que lá ganhou muita experiência no trabalho com adolescentes grávidas e no programa de planejamento familiar. A enfermeira A. fez sua residência em ortopedia no Hospital Sarah Kubitschek, tendo posteriormente feito sua especialização em obstetrícia. Ela trabalha na SES/DF desde 1994. A assistente social M. é profissional da Secretaria de Saúde desde o ano de 1980. Antes de entrar no HRAS trabalhou em um Centro de Saúde também com mulheres gestantes. Atendeu ainda na maternidade do Hospital da Ceilândia, Cidade Satélite de Brasília, e no Hospital de Base de Brasília²⁷, nas áreas de ginecologia e mastologia. A profissional afirma que chegou ao HRAS com a expectativa de “trabalhar com maternidade, com as mães”, pois

²⁷ O Hospital de Base de Brasília também faz parte da Fundação Hospitalar do Governo do Distrito Federal. Localizado na Asa Sul de Brasília, é o maior hospital da rede de saúde do DF em número de leitos. Informações disponíveis no sítio da SES/DF: <http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6845>. Acesso em: 27 de dezembro de 2010.

estava “cansada de trabalhar só com morte” por conta dos casos de câncer de mama no Hospital de Base.

A psicóloga V. também possui experiência anterior no atendimento a mulheres em situação de violência. A profissional trabalhou no Hospital de Base, principalmente com adolescentes. Ela afirma que já nessa época tinha de lidar com alguns casos de violência sexual e que um caso específico de uma adolescente que engravidou em decorrência de estupro foi o principal responsável por seu interesse profissional no trabalho com mulheres nessa situação. A psicóloga trabalha hoje no Adolescentro²⁸, concomitante ao Programa de Aborto Legal e ao Programa Violeta do HRAS, já descrito anteriormente. A médica C. é a única no programa que não possui experiência profissional fora do HRAS. No entanto, ela afirma que, desde a residência, atende a muitos casos de pacientes vítimas de estupro, tendo em vista o papel de referência do hospital no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual.

Pode-se constatar após traçado este breve perfil profissional, que as/os profissionais do Programa de Aborto Legal possuem uma boa carga de experiência anterior no atendimento a mulheres vítimas de violência. O mesmo não acontece, no entanto, quando o assunto é a qualificação para o exercício de sua função no Programa de Aborto Legal. Não há um suporte institucional no que se refere à preparação desses/as profissionais antes de sua entrada efetiva no programa, por meio de cursos ou treinamentos mais específicos e focados nas questões que envolvem a assistência ao abortamento previsto em lei. Os cursos e seminários dos quais participaram não possuem ligação direta institucional com o programa. Segundo a médica C., são feitos pelas/os médicas/os alguns cursos “de reciclagem, de atualização, mas não é um curso que a gente faça antes de começar, não é um curso preparatório”.

A profissional de saúde A. confirma que nunca foi oferecida aos e às profissionais do programa qualquer especialização pela SES/DF. A enfermeira realizou, por conta própria, uma especialização pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) para atendimento em casos de violência, incluindo violência sexual. Realizou ainda uma capacitação fornecida por profissionais do Hospital Jabaquara, SP, para resolução de casos de abortamento em geral, não sendo específica para casos de abortamento previsto em lei.

²⁸ O Adolescentro é o Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Segundo V. o centro possui hoje um programa específico para o atendimento a adolescentes vítimas de violência sexual. Informações disponíveis em: <<http://adolescentro.blogspot.com>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2010.

V., psicóloga do programa, afirma que possui curso de formação em terapia familiar e especialização na área de sexologia, além de especialização em psicologia hospitalar. A profissional não menciona ter realizado cursos mais específicos para o atendimento no programa. M. afirma que sua especialização em bioética foi fundamental em sua trajetória profissional no atendimento às mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual. Ela participou também da capacitação do Hospital Jabaquara, em São Paulo, para casos de abortamento. A assistente social vivenciou a criação do programa de Aborto Legal e afirma que a qualificação não era algo essencial no momento de formação da equipe. Sua fala revela também as dificuldades de recrutamento de profissionais capacitados para atuação no programa:

Na época em que o programa foi criado não necessariamente precisava ter qualificação, precisava ter vontade política e vontade de trabalhar mesmo, de atuar. Então as pessoas não foram escolhidas a dedo porque tinham o curso “A” ou curso “B”. Eu fui porque eu tinha qualificação em bioética, tinha acabado de fazer a especialização em bioética, e a gente tem uma compreensão melhor do que é isso aí. Mas as outras pessoas foram selecionadas porque a gente divulgou o programa dentro do hospital, e quem quisesse participar, participava. (Profissional de Saúde M.)²⁹

As/os profissionais entrevistadas/os possuem experiência variada dentro do Programa de Aborto Legal. A profissional M. está no programa desde a sua criação, em 1996, tendo participado do processo de implantação do serviço no hospital. Já a profissional C., a mais nova integrante do programa, possui apenas oito meses de atendimento. Ela entrou no serviço após desistência do médico que atendia às pacientes anteriormente. A profissional V. está há um ano e meio no serviço, a enfermeira A. faz parte da equipe há aproximadamente sete anos, e o profissional F. possui 10 anos de experiência no serviço. Verifica-se a característica da equipe de possuir profissionais-chave no atendimento, as/os quais estão no serviço desde sua implantação e/ou consolidação. Estes apresentam participação duradoura e são pessoalmente referenciadas/os ao atendimento. Já algumas posições são mais transitórias, como a de segundo/a médico/a do serviço, e apresentam maior rotatividade.

A incorporação das/os profissionais ao programa se dá, de uma maneira geral, pela divulgação do aparecimento de vagas, quando determinado profissional desiste ou tem de se ausentar do programa por qualquer outro motivo, e por meio de sondagem sobre o interesse das/os profissionais em participar. A assistente social M. é um caso a parte, pois participou do processo de implantação do programa no HRAS. Afirma que profissionais do Hospital Jabaquara e do Hospital Pérola Byington, ambos em São Paulo, vieram a Brasília com o intuito de implantar o programa na cidade. Concomitante, o Ipas Brasil promoveu, no HRAS,

²⁹ Entrevista cedida pela profissional M. no dia 7 de dezembro de 2010, no Hospital Regional da Asa Sul.

uma capacitação em Aspiração Manual Intra-Uterina. A ONG possui um Programa de Capacitação em AMIU, em que disponibiliza assistência técnica e instrumental para treinamento e supervisão das equipes médicas³⁰. Segundo a profissional M., quando da implantação do programa no HRAS, a direção do hospital convocou as chefias da ginecologia, do serviço social e da psicologia da instituição, solicitando que fossem indicados nomes de profissionais para participação no programa. Ela afirma que participou desde o início de várias das reuniões e resolveu fazer parte do programa, com o intuito de “dar uma oportunidade para essas mulheres exercerem os direitos delas de cidadania”.

Convidada por M. para participar da equipe, a profissional A. afirma que se dispôs a trabalhar no programa após observar a dificuldade das pacientes para conseguir realizar o procedimento, além do descaso que sofriam para a “resolução do seu problema ou para, pelo menos, serem ouvidas”. Ela afirma que isso a sensibilizou, sendo a principal motivação para sua entrada no programa.

Também a profissional V. manifestou vontade de fazer parte da equipe, por conhecer o programa e por ser de sua área de interesse. A psicóloga solicitou sua entrada no serviço. Já as/os outras/os profissionais entrevistadas/os colocam que a sua participação no programa se deu não por apresentarem uma vontade específica, traduzindo sua entrada como um acaso ou como algo que simplesmente aconteceu. A médica C. afirma que foi convidada para “preencher uma lacuna” de um médico que desistiu de nele trabalhar, e assim descreve sua entrada:

Na verdade eu não tive nenhuma razão específica, eu não fui atrás do programa, de livre e espontânea vontade, o programa foi que veio até a mim. E eu aceitei o desafio. Apesar de que eu já tinha assim um certo conhecimento de como funcionava. Então eu aceitei o desafio. Até porque se eu não me adaptasse... Eu tenho a possibilidade de sair ou de deixar a qualquer momento. Aí eu resolvi tentar. (Profissional de Saúde C.)³¹

O profissional F., também convidado pela chefia da área de ginecologia do hospital, justifica seu aceite em participar do programa com o argumento de que o aborto em casos de gravidez decorrente de estupro se trata de um “problema social muito grande”. Afirma ainda que não tem seus princípios, atualmente, presos à religiosidade e que enxerga sua função como uma espécie de ajuda a seu semelhante, como uma forma de ajudar as

³⁰ Informações disponíveis em <<http://www.ipas.org.br>>. Acesso em 27 de dezembro de 2010.

³¹ Entrevista cedida pela profissional C. no dia 14 de dezembro de 2010, no Hospital Regional da Asa Sul.

peessoas. Em sua concepção, os procedimentos de interrupção que realiza são feitos para “interromper um crime” e não para “matar ninguém”. Em suas palavras:

Eu não estou fazendo aborto pra matar ninguém. Porque a gente tem uma maneira de proceder com isso. Eu faço um aborto pra interromper um crime. É diferente. Na minha concepção, na minha formação pessoal, isso tem uma forma, e eu acho que eu ajudo o meu semelhante. Então essa é mais uma das formas pra eu ajudar as pessoas (...) isso que me levou a participar do programa. (Profissional de Saúde F.)³²

As falas demonstram motivações diversas para a participação e diferentes graus de envolvimento com o programa. Nas falas das profissionais que demonstraram um interesse mais específico de participação, está presente a idéia de ajuda às mulheres em situação de violência sexual e do reconhecimento de seus direitos e de cidadania, além da noção do aborto como uma questão de saúde pública, o que não está presente nas falas das/os demais profissionais, as/os quais, convidados, têm uma visão mais fatalista de sua participação no programa, a qual derivaria de um acaso, de uma situação não procurada, mas que surgiu em seu trajeto profissional.

4.2. Responsabilidades no programa e relação com as pacientes.

As responsabilidades de cada profissional no programa estão bem definidas, e existe uma grande integração entre as áreas de atuação. No entanto, percebe-se um maior protagonismo e certo acúmulo de atribuições por parte da profissional M., Assistente Social, principalmente por conta de sua experiência no programa. Quando questionada sobre as suas atribuições no serviço, M. afirma que atua desde a admissão da paciente, seu recebimento, seu acolhimento (este, por vezes é realizado primeiramente no Programa Violeta, pela psicologia). Ela coloca que trabalha ainda para que haja uma “agilização” do procedimento: “Eu vou atrás de ecografia, vou com a paciente fazer ecografia, marco atendimento médico, discuto com eles o caso, sou eu o contato da paciente com o programa, pra ela vir e preencher a documentação, explico pra paciente o programa...” (Profissional de Saúde M.). Segundo a profissional, sua atuação apenas termina quando o procedimento é realizado, ou quando não o é, e o atendimento continua no Programa Violeta.

A profissional considera-se ainda uma “coordenadora de fato, mas não de direito”, pois a coordenação do programa do Aborto Legal, assim como de todo o programa de prevenção à violência, pertence ao NEPAV – Núcleo de Estudos e Programas para os

³² Entrevista cedida pelo profissional F. no dia 8 de dezembro de 2010, no Hospital Regional da Asa Sul.

Acidentes e Violências. No entanto, M. considera que coordena o programa no hospital, ainda que sem formalização.

A enfermeira A. afirma que fazem parte de suas atribuições realizar as entrevistas com a pacientes juntamente com a equipe multiprofissional, agilizar exames, consultas e o encaminhamento das pacientes que não se enquadram no protocolo do programa para entrevista com promotor público no Ministério Público do Distrito Federal. A profissional realiza ainda as funções da Assistente Social quando esta se encontra em férias ou em alguma licença.

Já o papel da psicóloga na equipe é fazer o acolhimento das mulheres que engravidaram em decorrência da violência sexual. Receber a paciente, ouvir o seu caso, além de atender também, quando é o caso, a família dessa paciente, seu cônjuge ou outros envolvidos. Segundo V. são realizados, em geral, três atendimentos psicológicos com as mulheres que desejam abortar. A psicóloga afirma que a principal intenção desses encontros é trabalhar com a mulher a questão da decisão ou não pelo abortamento, além de esclarecer a gestante com relação a todas as alternativas existentes para o seu caso. A profissional afirma ainda que é essencial não influir na escolha da paciente, deixar patente que não se pode decidir por ela e que é uma escolha dela e de sua família levar ou não a gestação adiante. A decisão familiar pesa ainda mais nos casos de abuso intrafamiliar, os quais, segundo a profissional, são bastante frequentes no programa:

A principal função é a gente trabalhar essa **decisão**, essa **escolha**. Então a gente deixa muito claro que não é uma escolha da equipe. A gente tenta interferir o mínimo possível. É uma escolha, é um direito da família, da paciente (...). E aí a gente dá as três opções, olha: você pode ter esse bebê e cuidar dele, você pode ter esse bebê e doar. E você pode não ter esse bebê, interromper a gestação e a gente vai te apoiar em qualquer uma dessas três circunstâncias. (Profissional de Saúde V.)³³

As atribuições médicas envolvem toda a parte clínica do procedimento. A profissional C. destaca, como suas principais funções: informar sobre o programa, orientar sobre o procedimento, realizar o cálculo da idade gestacional e cruzá-la com o relato da paciente, analisar todos os dados do prontuário da paciente, além de realizar o procedimento de interrupção da gestação em si. A médica afirma que é sua responsabilidade também explicar todo o processo à paciente na consulta prévia, além de informar sobre riscos do procedimento. Ela afirma que apenas após isto há uma reunião com toda a equipe, em que deve haver um consenso geral sobre a adequação da paciente ao protocolo. O profissional C.,

³³ Entrevista cedida pela profissional V. no dia 8 de dezembro de 2010, no Hospital Regional da Asa Sul.

também médico, destaca de maneira semelhante as suas atribuições no programa. O profissional julga que é sua responsabilidade avaliar se a paciente está mentindo, se ela deseja “se beneficiar” da legislação para realizar o abortamento em casos que não estão previstos em lei:

Nós fazemos a avaliação técnica pra ver se coincide o período da gravidez com o período do ocorrido, do estupro. E a gente faz um parecer técnico pra ver se isso tá batendo, essa história, se a coisa está se confirmando, porque **a paciente pode mentir**, ela pode usar isso como um mecanismo, uma tentativa de um aborto em uma gravidez indesejada. Hoje o paciente, ele é esclarecido, então ele busca informação, porque às vezes ele quer se beneficiar de uma situação que tá aí pra resolver um problema e ele quer usar em outro. Então a gente cerca de todas as formas pra que a gente faça o programa como tem que ser feito, de uma forma bem fidedigna (Profissional de Saúde C.).

A fala do profissional evidencia que ele acredita ser uma de suas principais atribuições saber se a paciente está mentindo, revelando sua desconfiança com relação às mulheres que procuram o serviço de abortamento legal com o intuito de interromper uma gestação. Sua preocupação é com as pacientes que não engravidaram em decorrência de um estupro, as quais, segundo ele, se aproveitariam de uma espécie de “brecha na legislação” para realizar o abortamento ilegal. Tal percepção pode ser maléfica no sentido de uma revitimização da mulher que já sofreu uma violência sexual, pois ela está passível de desconfiança por parte do próprio profissional que deveria estar realizando seu acolhimento. Uma conduta de desconfiança não está de acordo com os procedimentos recomendados pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde nesses casos, ferindo a presunção de veracidade, segundo a qual a palavra da mulher que busca o serviço de saúde afirmando ter sofrido violência sexual deve ter credibilidade, não se confundindo as atribuições do serviço de saúde com as atribuições de polícia (BRASIL, 2005b).

O profissional considera, apesar de sua posição de desconfiança com relação aos relatos das pacientes, que possui uma “ótima” relação com elas. O médico afirma que, durante a consulta, procura confortar a paciente e explicar que “ninguém procurou, ninguém buscou aquela situação, foram vítimas”. Afirma ainda que alerta às pacientes sobre os riscos do procedimento, buscando acalotá-las com o histórico positivo do procedimento no programa, que, segundo ele, nunca proporcionou qualquer infecção grave ou conseqüências maléficas para a saúde reprodutiva das pacientes.

O médico não comenta sobre qualquer espécie de laço afetivo com as pacientes, ao contrário de todas as outras entrevistadas, as quais afirmam passar por situações de abalo emocional juntamente com as mulheres que sofreram a violência sexual. A profissional C. afirma que “sofre com elas”, tendo em vista que a carga psicológica de uma agressão nesse

sentido é ainda maior do que a física, segundo seu relato. A profissional V. afirma que o trabalho de uma psicóloga no programa não é um trabalho tradicional, pois “a gente precisa ter uma relação com elas que excede a profissional”. Também a enfermeira A. coloca que a sua relação com as pacientes muitas vezes é de amizade e de companheirismo.

Já a entrevistada M. dá exemplos de um envolvimento que ultrapassou o aceitável para ela enquanto profissional. Ela afirma que chegava mesmo a acompanhar os procedimentos de interrupção da gestação no Centro Obstétrico, o que causava um desgaste emocional muito forte, a ponto de decidir que não mais poderia assistir ao procedimento cirúrgico:

Eu ficava segurando na mão delas, eu entrava no CO [Centro Obstétrico] junto com elas. E aí eu vi que eu tava indo longe demais, assim muito junto né. E isso particularmente estava me afetando porque eu chegava em casa chorando e chegava em casa muito chateada, muito triste. E aí eu resolvi, ou eu saio do programa ou eu faço só o que tá determinado na minha profissão. Aí eu resolvi não acompanhar mais elas no Centro Cirúrgico. (Profissional de Saúde M.)

A entrevistada coloca ainda que a relação entre ela e as pacientes é de “muita confiança” e que, atualmente, se esforça para não se envolver muito com os casos, pois as pacientes “ficam querendo que a gente dê respostas para elas”, e, enquanto profissional, não deveria decidir por essas mulheres ou influenciar em suas decisões pessoais, sejam elas pelo abortamento ou por levar a gestação até o seu término. Portanto, vale destacar que as mulheres que engravidaram em decorrência do estupro buscam também um apoio junto ao Serviço de Aborto Legal no momento da tomada de decisão relativa à realização ou não do procedimento. No entanto, as/os profissionais afirmam que sua postura é de apresentar as alternativas e não interferir ou decidir por elas. Tal preocupação foi demonstrada principalmente pelas profissionais da psicologia e do serviço social, não sendo citada pela médica ou pelo médico do programa.

4.3. Conhecimento da legislação específica, procedimentos e técnicas.

Todas/os as/os profissionais, quando questionadas/os sobre a legislação brasileira no que se refere ao abortamento, mostraram possuir domínio dos casos previstos em lei. Todas/os afirmaram, corretamente, que a legislação permite o abortamento em casos de risco de morte para a gestante, ou quando a gravidez decorre de uma situação de violência sexual. Dois profissionais citaram ainda a interrupção da gravidez nos casos de anencefalia como uma situação de jurisprudência, passível de ser realizada quando autorizada pela justiça.

Com relação aos procedimentos de atendimento no hospital em situações de abortamento decorrente de violência, o nível de conhecimento também é satisfatório. Há um domínio pelas/os profissionais com relação ao procedimento em todas as suas etapas, desde o atendimento/acolhimento, até a realização do procedimento cirúrgico e a atenção pós-abortamento. A equipe procura trabalhar em conjunto e as decisões a serem tomadas nos casos específicos que chegam ao hospital são balizadas na opinião da equipe como um todo e devem ser autorizadas por todas/os, segundo o protocolo do serviço estabelece. No depoimento da profissional M., no entanto, aparece um caso de discordância que levou ao afastamento de um profissional, médico, o qual não concordou com a decisão da equipe de realizar um determinado abortamento, por acreditar que não havia sido fruto de um estupro e que a agredida estava mentindo.

O domínio com relação ao procedimento técnico em si também é satisfatório. Não apenas a equipe médica, como também a assistente social, a psicóloga e a enfermeira demonstraram conhecer o procedimento cirúrgico mais adequado para cada idade gestacional, qual seja: o procedimento da AMIU até as 12 semanas de gestação, e a técnica da indução medicamentosa seguida pela curetagem em casos de gestação entre 12 e 20 semanas. Desta forma, a técnica mais indicada é também aquela utilizada no hospital.

Conclui-se que o conhecimento por parte das/os profissionais de saúde do programa de abortamento previsto em lei, tanto com relação à legislação específica, quanto com relação aos procedimentos mais indicados no atendimento a essas mulheres e às técnicas para a realização do procedimento cirúrgico são satisfatórios e conhecidos amplamente por todos/as os/as profissionais do serviço, independente de sua área de atuação e suas responsabilidades específicas.

4.4. Religião e Religiosidade.

As/os profissionais entrevistadas/os afirmam possuir uma formação religiosa familiar católica. Enquanto alguns se consideram praticantes, outros não freqüentam mais os rituais da igreja ou começaram a se aproximar de outras religiões. A profissional M. afirma que é católica praticante e que freqüenta a missa todos os finais de semana. Ela, assim como a maior parte das/os profissionais entrevistadas/os, assume que a sua formação religiosa influencia em sua prática profissional. No entanto, a justificativa dada pelas/os entrevistadas/os é sempre vaga, estando mais ancorada em qualidades morais supostamente valorizadas pela doutrina da igreja católica, como solidariedade, fraternidade e amor. Neste

sentido, M. afirma que a religião a influencia “pra melhorar, não pra atrapalhar no programa”. A profissional afirma que reza para ter “mais confiança e mais fé, em benefício das pessoas que me procuram”.

A profissional A. foi a única que afirmou que a sua formação católica não influencia em sua prática profissional como enfermeira no programa. A fala da psicóloga V. se aproxima da fala de M. quanto à questão da influência da religião em sua prática no serviço. A entrevistada afirma não ser praticante do catolicismo e acredita que há influência de sua formação católica em sua prática profissional. No entanto, enfatiza que a influência religiosa não está relacionada a uma “dúvida sobre o trabalho, com relação à ajuda a essas mulheres”, ou seja, a doutrina católica não a faz repensar o processo de abortamento ou coloca em cheque a certeza de que o que faz no programa é uma “ajuda” às mulheres que dela necessitam.

A médica C., católica praticante, cita também que a influência da religião em seu trabalho está relacionada aos princípios “de amor e fraternidade”. No entanto, a profissional reconhece a sua participação no processo de abortamento como uma transgressão às regras da igreja, as quais ela afirma não cumprir com rigor, pois, se assim o fizesse, teria de “deixar de fazer muitas coisas, por exemplo, usar preservativo, usar anticoncepcional”.

O médico F. possui formação católica, tendo, no entanto, praticado o espiritismo durante muitos anos. O profissional afirma que, após um tempo, passou a não frequentar mais qualquer ritual religioso, não tendo deixado, no entanto, de praticar alguns rituais individualmente, como a oração. Sua percepção da influência da religião em sua prática profissional se aproxima das demais. O médico afirma que não realiza um procedimento cirúrgico sem antes “rezar, passar o dia rezando, pedindo iluminação, sabedoria.”

Portanto, quando questionadas/os sobre a influência da religião em sua prática profissional, as/os profissionais afirmaram que essa influência existe, com a exceção de uma entrevistada. Tal influência, porém, foi associada a valores morais incentivados pela doutrina, e apenas uma profissional citou o seu papel no programa de aborto previsto em lei como transgressor das normas de sua religião. Desta forma, a religião possui influência em sua conduta profissional, no entanto, não exerce o papel de julgamento moral ou mesmo de cerceadora da conduta ético-profissional das/os entrevistadas/os.

Já quando questionadas/os sobre se a formação religiosa das/os demais profissionais do programa exerceria alguma influência na prática profissional, as/os entrevistadas/os afirmaram que a religião muitas vezes é um impeditivo para que determinados profissionais participem do programa. A profissional M. afirma que para a

equipe atuante hoje, a religião não se configura como um impeditivo no sentido de realização das tarefas. Entretanto, a profissional cita alguns casos de pessoas que desistiram de trabalhar no serviço de aborto legal com a justificativa de que sua atuação ia contra seus princípios religiosos. Coloca que algumas psicólogas já saíram do programa de Aborto Legal e do Programa Violeta porque praticavam o espiritismo.

A profissional V. possui uma visão semelhante, apesar de compor a equipe há menos tempo. Ela afirma que determinados funcionários se recusam a participar do serviço e que essa é a atitude certa a ser tomada quando se tem uma religião que se “segue de uma maneira muito sistemática e rígida”. Ressalta ainda que em situações em que a religião influencia no trabalho de determinado profissional, este deveria se afastar, pois o serviço não deve ser prejudicado por conta disso, e que no caso de profissionais que seguem o espiritismo, a influência é ainda maior:

(...) influencia muito quem é espírita, principalmente as pessoas espíritas, porque elas têm uma crença sobre o significado da gestação, do feto, que aí já tem o espírito, já tem alma (...). E aí essas pessoas muitas vezes elas não querem trabalhar, e eu acho muito legal até. Porque todo mundo tem direito a ter suas crenças, mas se isso tá te influenciando no trabalho então você tem que sair, se afastar. Não é obrigado a trabalhar com isso. Mas a gente tem que garantir que o serviço aconteça. Porque se todo mundo disser assim: “ah isso aqui eu não gosto de fazer”, aí não acontece o atendimento. (Profissional de Saúde V.)

A entrevistada acredita que os dilemas éticos da equipe obstétrica estão muito relacionados à concepção de que um médico deveria “dar a vida, ou lutar pela vida, e não tirar uma vida”. A médica C., católica praticante, compartilha da opinião de que a formação religiosa influencia na atuação de muitos profissionais. Quando da realização de sua entrevista, houve uma intervenção de outra profissional, presente no Centro Obstétrico no momento da conversa. A funcionária citou um exemplo de como as crenças religiosas muitas vezes configuram um impeditivo para que os médicos atendam adequadamente as pacientes que apresentam complicações durante a gestação e necessitam da interrupção. A profissional interveniente aponta que muitas vezes não há chances do feto sobreviver, mas os médicos se recusam a realizar o procedimento por conta de suas crenças religiosas, se negando a fornecer atendimento adequado à paciente:

Tem casos que a gente pega aqui, de pouquíssimo líquido amniótico e feto de 100 gramas, batimento vivo. Ora, pra nós isso é aborto, mas ninguém tem coragem de fazer. Por que o médico não faz a conduta certa? A conduta certa é fazer a mesma coisa que você [a profissional de saúde C.] faz lá em cima [o abortamento], eles não fazem por motivos religiosos. A criança tá fadada a morrer dentro do útero, e mesmo assim não quer fazer o procedimento, quer esperar o coração parar de bater. Isso aí é um claro princípio assim... Religioso, de criação né. (Profissional de Saúde interveniente).

A profissional C. insere também na discussão a questão da defesa profissional. Ela afirma que muitas vezes a justificativa religiosa é utilizada para a não realização do procedimento quando, na verdade, é apenas uma forma que o profissional encontra para não realizar uma prática que acredita ser ilegal ou moralmente questionável. Coloca ainda que esses mesmos profissionais que alegam não realizar o procedimento por conta de sua religião muitas vezes praticam outros atos que vão contra as regras de suas religiões, como a utilização de contraceptivos, por exemplo.

Como se sabe, a igreja católica realiza extensa campanha contra o abortamento. Trata-se de uma das principais bandeiras defendidas pela doutrina que ainda resiste no imaginário popular. Ainda assim, parece ser uma das características do catolicismo no Brasil uma flexibilização das condutas morais, que desvia o foco das contradições para o conciliamento. Isso está claro na fala das/os profissionais do HRAS que se afirmam católicas/os praticantes, mas exercem, como profissão, práticas condenadas pela igreja, desviando a influência da doutrina para valores como amor e compaixão. Um exemplo mais evidente do mesmo mecanismo está, como lembrou a médica C., na utilização de preservativos, prática também condenada pela Igreja, mas utilizada sem muitas ponderações morais por brasileiras/os de formação cristã. O caso do HRAS parece apenas explicitar mais essa relação particular com a contradição.

Interessante observar o apontamento da religião como uma significativa fonte de valores morais para as/os entrevistadas/os, que ressaltaram a importância da doutrina também nas práticas profissionais. Entretanto, a repressão moral exercida pelas religiões católica e espírita com relação às mulheres que abortam, também nos casos de estupro, não é reproduzida pelas/os profissionais. Estas/es, admitindo ou não que rompem com os princípios da sua religião, não enxergam (ou ao menos não declaram) nenhuma espécie de conflito entre os preceitos defendidos pelas doutrinas e a sua prática profissional de realizar o abortamento.

A relação com a contradição talvez seja mais uma faceta do que Machado (2010) define como “dupla moral vigente sobre o aborto”:

“De um lado, no foro íntimo, a legitimidade para a realização do aborto, em circunstâncias classificáveis como adequadas e, de outro, como regra geral, a consigna considerada moralmente aceita como regra geral, a consigna a subsumir ‘os outros’” (Marques, 1999 *apud* Machado, 2010, p. 163)

Muitos dos profissionais revelaram um julgamento flexível sobre a questão do aborto, flexibilidade que não se encontra presente em nenhum espaço da instituição que seguem. Mesmo para as/os profissionais que consideram o aborto nas demais situações injustificável, o abortamento proveniente de estupro possui uma justificativa ética. O julgamento moral das/os entrevistadas/os, portanto, nesse aspecto específico, se assemelha mais ao da legislação que ao da doutrina. Essa flexibilização talvez seja uma mostra da influência da esfera legal além da religião nas práticas das profissionais. Ou talvez ainda um indício de que a atividade exercida demanda justificativas morais que não podem prover apenas da religião. A condenação do estupro e a solidariedade com o sofrimento das mulheres seriam alguns dos critérios dessa flexibilização moral.

4.5. Visões e discursividades sobre o aborto.

As/os profissionais do Programa de Aborto Legal apresentam visões muito distintas quanto ao abortamento legal e ilegal, com relação às mulheres que o praticam e sobre o significado do trabalho que realizam no programa. Quando questionadas/os sobre o por que das mulheres que engravidam em decorrência de um estupro recorrerem ao programa, a profissional M. e a profissional A. afirmaram que acreditam que essas mulheres estão fazendo, na verdade, um “pedido de ajuda”, tanto no sentido de interromper essa gestação quanto no sentido de buscar um apoio para levar a gestação até o seu término. Segundo a profissional A., muitas das mulheres que recorrem ao programa, após as entrevistas com a equipe multiprofissional, acabam optando por não realizar o procedimento. Elas fazem o pré-natal e entregam as crianças para a adoção. Já outras, após conseguir apoio familiar, acabam optando por criarem seus filhos.

Ambos os médicos do programa afirmam que, apesar da opção de doação, a maior parte das pacientes que procuram o serviço opta por interromper a gestação, pois as mulheres violentadas “não querem o produto daquele episódio que passou (...) não querem amanhã criar esse filho, ter esse filho dessa situação. Então a grande maioria tem decisão de interrupção, mais de 90%”.(Profissional de Saúde F.). Já a profissional C., em diversos momentos, se refere à situação de abortamento como uma forma das mulheres que sofreram violência sexual “darem um jeitinho” quando se vêem grávidas em decorrência do estupro. Com tal expressão ela se refere ao abortamento como uma forma dessas mulheres se livrarem da gestação, tendo em vista que muitas mulheres quando violentadas não procuram o serviço de saúde ou a polícia, apenas recorrendo às instituições quando descobrem a gravidez. No entanto, não são

considerados pela profissional, outros aspectos que podem influenciar na demora das mulheres violentadas em procurar por atendimento nos serviços de saúde ou mesmo procurar a polícia, como os sentimentos de medo, vergonha, humilhação, desconsideração, descrença na polícia ou justiça, entre outros:

A grande maioria das vezes, quando elas se vêem grávidas, elas querem **dar um jeito**, tá entendendo? As vezes elas não dizem nada, ficam quietinhas, não falam nada, até mesmo porque na grande maioria das vezes elas são ameaçadas. Mas quando elas se vêem grávidas aí elas entram em desespero... querem dar um jeito a qualquer custo. (Profissional de Saúde C.)

Quanto ao aborto permitido por lei, ou seja, em decorrência de estupro ou risco de morte materna, todas/os profissionais entrevistadas/os acreditam que são casos em que o abortamento se justifica, tendo em vista principalmente o sofrimento e o trauma pelos quais tiveram de passar as mulheres vítimas dessa violência. A profissional M. afirma que o serviço deveria ser fornecido pela saúde pública em todos os estados do país, por conta do “drama dessas mulheres” e do que “as mulheres fazem” quando não desejam uma gestação. Enfatiza ainda que o serviço público deveria estar preparado para atender às mulheres que necessitam do abortamento nos casos previstos em lei. A psicóloga V. concorda com a expansão do serviço e cita o exemplo de uma paciente proveniente de Palmas, no Tocantins, que procurou o serviço do HRAS já com a gestação em estágio avançado, com mais de 20 semanas, portanto, fora do protocolo de atendimento do programa. Segundo ela, o procedimento poderia ter sido feito em sua cidade, tendo em vista que se trata de um procedimento simples e com poucos riscos, se realizado em condições adequadas.

Com relação ao abortamento clandestino, aparecem nas entrevistas duas posições principais. A primeira, apresentada pelas profissionais das áreas do serviço social e da psicologia, insere a temática do aborto clandestino como uma questão também de saúde pública. Quanto a esse aspecto, a profissional M. afirma que a descriminalização do abortamento em todas as situações seria a solução adequada no sentido de diminuir as mortes e complicações na saúde das mulheres que recorrem ao abortamento clandestino. Cita ainda que, com a popularização do Cytotec, diminuíram os casos de abortos realizados por meio de “soluções mais drásticas, como objetos pontiagudos, por exemplo”. Com relação à responsabilização das mulheres nos casos de abortos clandestinos, M. afirma que “Ninguém é a favor do aborto, ninguém quer passar por uma situação dessas. Mas diante da anulação do homem em se responsabilizar (...) ela [a mulher] chega ao desespero de fazer qualquer coisa” (Profissional de Saúde M.).

A profissional V. assume posição parecida, ao afirmar que as mulheres que recorrem ao aborto clandestino se colocam em uma posição de risco muito grande, e que muitas vezes são mulheres que se encontram também em desespero e sofrimento. Enfatiza ainda que não acredita que essas mulheres “sejam más por causa disso”. A profissional enfatiza a responsabilidade dos próprios serviços de saúde nesses casos, por não conseguirem promover com sucesso os programas de planejamento familiar e por não fornecerem um acolhimento efetivo às mulheres que abortam clandestinamente. A entrevistada afirma também que os profissionais de saúde, por vezes, tendem a culpabilizar as mulheres que recorrem ao abortamento.

Já as/os profissionais da obstetrícia apresentam opinião diferente com relação às mulheres que recorrem ao aborto clandestino. A médica e o médico do serviço enfatizam uma suposta irresponsabilidade tanto dos profissionais que realizam o abortamento em casos que não estão previstos na legislação como isentos de ilicitude, quanto das mulheres que engravidaram e não desejam levar a gestação adiante. A profissional C. afirma que “existem outros métodos, que não o abortamento clandestino, para que você evite uma gravidez”. Por sua fala, infere-se que a profissional acredita que o abortamento é utilizado por essas mulheres como uma maneira de evitar a gravidez, um método anticoncepcional, evidenciando a irresponsabilidade dessas mulheres por engravidar em um contexto em que há métodos contraceptivos disponíveis. A profissional, ao contrário do exemplo da profissional de saúde V., não leva em consideração a possibilidade de que essas mulheres não possuam acesso a tais métodos.

Sua fala também é ilustrativa do imaginário social que enxerga as mulheres que abortam como pessoas irresponsáveis, as quais simplesmente não se previnem durante as relações sexuais. A gravidez para “essas mulheres” seria como uma espécie de justa punição por exercer a sua sexualidade sem fins procriativos. O simples fato de recusarem a maternidade, recusarem exercer um papel de gênero tradicional, que atribui às mulheres a maternidade como uma obrigação supostamente “natural”, é suficiente para que sejam rotuladas como “irresponsáveis”. A responsabilidade por prevenir essa gestação recai somente sobre as mulheres. A única profissional que cita os homens como também responsáveis pela prevenção é a profissional M, a qual comenta “a anulação do homem em se responsabilizar”.

O obstetra F. possui visão semelhante àquela apresentada pela médica C. Afirma que os médicos que atuam em clínicas clandestinas são criminosos e que “tem que algemar e cadeia”. O médico coloca ainda que, se o aborto fosse descriminalizado ele “não faria aborto indiscriminadamente”, e que adotaria alguns critérios para realizar o procedimento. Em sua

fala evidencia-se a mesma noção apresentada pela profissional C., de que as mulheres não devem ter direito ao abortamento em qualquer caso por não terem utilizado um método contraceptivo. O médico afirma que se trata de um “relaxo” das mulheres, de uma “displícência”, e que, por esse motivo, não realizaria a interrupção da gestação em qualquer caso:

Eu posso falar pra você que, se liberasse hoje o aborto no Brasil, eu não faria aborto indiscriminadamente também. (...) eu teria critérios meus pra fazer o aborto. Eu não seria um obstetra de fazer aborto. Assim, a mãe chegou no consultório: “ah essa gravidez eu não quero, eu não tomei minha pílula, eu to grávida e quero tirar”. Eu diria: “Não, a senhora procura outro”, porque não seria uma prática habitual minha na obstetrícia. (...) Como hoje a informação tá facilitada pra todo mundo, eu acho que **a mulher pode muito bem se prevenir**. Poxa vida, será que a mulher não sabe que se ela não prevenir ela corre risco de engravidar na hora da relação? Eu acho que é muita **displícência** hoje, entendeu? Eu acho que tem muito como prevenir, eu critico um pouco o **relaxo** das mulheres de não se cuidar mais. (Profissional de Saúde F.)

É interessante observar nessa fala a imagem que o profissional apresenta sobre as mulheres, sua sexualidade e maternidade. Em seu depoimento recai sobre as mulheres uma certa “culpabilização” pela gravidez. A responsabilidade compartilhada com o homem pelo resultado do intercurso sexual não é citada pelo profissional. Sua visão vai de encontro à noção de que as mulheres são as únicas responsáveis por evitar uma gestação. Se trata de um discurso presente no imaginário social que responsabiliza as mulheres pelas falhas contraceptivas, mas não as enxerga como possuidoras de seus próprios corpos a partir do momento em que ocorre a concepção. A partir daí, ela deve obedecer à já citada “lei do intercurso sexual” de que fala Machado (2010, p.136), segundo a qual a vida tem origem em uma lei natural e biológica, caracterizada pelo intercurso heterossexual, sendo o abortamento uma transgressão a essa crença ocidental da criação. As mulheres devem aceitar os resultados da relação sexual, atendendo à expectativa da maternidade, que surge do sentido simbólico do intercurso de produtor da figura da “mãe” (MACHADO, 2010).

Infere-se pela fala do profissional que a gestação, nesses casos, deve ser levada até o seu término pelas mulheres como uma espécie de punição. Esse é um discurso bastante disseminado no imaginário social e que serve para justificar o aparente paradoxo de uma sociedade que condena o abortamento em alguns casos e em outros não. O levar a gestação até o seu término aparece como uma punição pela sexualidade livre das mulheres, pelo sexo realizado sem fins procriativos, e pela negação da maternidade por essas mulheres. O mesmo não acontece em casos de estupro, já que a relação nesses casos é forçada, assim como a gestação resultante dessa violência.

Ao afirmar que “não faria aborto indiscriminadamente” o obstetra se imputa o direito de decidir sobre quem merece ou não abortar. Tal decisão se baseia apenas em seu julgamento moral sobre as mulheres. Aquelas que ele acredita não serem “culpadas” pela gestação teriam esse direito, enquanto aquelas “displícites” e “relaxadas”, em sua visão, não poderiam recorrer ao procedimento. Mais uma vez a visão estereotipada das mulheres que abortam como pessoas irresponsáveis. Os “critérios” que o médico adotaria para escolher quem deve ou não abortar se apóiam exclusivamente em seu julgamento moral e nos estereótipos de gênero vigentes no imaginário social, que classificam e separam as mulheres que abortam entre duas categorias: “culpadas” e “inocentes”. As mulheres “culpadas” persistem nesse imaginário como aquelas que fazem sexo sem fins procriativos e recusam a maternidade obrigatória. As mulheres “inocentes”, nesse caso, são aquelas que engravidaram em decorrência de uma relação sexual imposta ou de um estupro e, portanto, não tiveram a oportunidade de “escolher”.

É interessante observar que, no discurso de alguns profissionais, a exceção à regra da criminalização se justifica através da vitimização da mulher que sofreu uma violência sexual ou corre risco de morte caso opte por levar a gravidez adiante. Quando a gravidez decorre de uma situação de violência, o julgamento moral que recai sobre as mulheres que engravidaram por não utilizar um método anticoncepcional ou por apenas não desejarem a maternidade, parece desaparecer. A existência do “sofrimento” apenas é relacionada ao processo do abortamento nesses dois casos previstos na legislação. Em todos os outros casos, a decisão das mulheres pelo aborto é tida como isenta de qualquer sofrimento, e, por isso, como injustificável. Qualquer culpa que, porventura, recairia sobre a mulher, por não ter utilizado um método anticoncepcional, ou não o ter utilizado corretamente, ou por simplesmente não querer exercer a maternidade, parece desaparecer, no discurso das/os profissionais, quando a gravidez foi fruto de um estupro. Novamente está evidente a já citada faceta da “dupla moral vigente sobre o aborto” de que fala Machado (2010), pela qual é possível uma flexibilização moral, e em que o ato do estupro, pelo sofrimento que imputa nas mulheres que o sofreram, fornece uma justificativa ética para a realização do abortamento no serviço de saúde pela equipe médica. Importante ponderar que essa justificativa está presente no discurso das/os obstetras do programa, enquanto as demais profissionais (psicóloga e assistente social) apontaram que o abortamento é traumático para as mulheres em qualquer situação, e não apresentaram um julgamento moral estereotipado com relação às mulheres que abortam nas demais situações.

Do citado imaginário que divide as mulheres que abortam entre “culpadas” e “inocentes”, evidente nas falas das/os obstetras, decorre que as mulheres “culpadas” não devem possuir o direito de abortar em condições seguras. A elas é imputado ainda o estereótipo de “aproveitadoras”, as quais poderiam se apropriar do serviço de abortamento legal para interromper uma gestação proveniente de uma relação sexual consensual sem fins procriativos. Por compartilharem dessa imagem das mulheres que abortam, alguns profissionais acreditam que os casos deveriam ser mais bem apurados no programa, defendendo inclusive a apresentação do boletim de ocorrência, como forma de comprovar que aquela mulher de fato sofreu violência sexual e engravidou em decorrência daquela violência, e que, portanto, o seu sofrimento justifica a realização da interrupção da gestação. A profissional C. associa a noção do “desamparo” às mulheres que sofreram violência. É este desamparo o que caracteriza as mulheres “inocentes”, e as autoriza a realizar o procedimento. Portanto, não seria necessário punir com uma gravidez indesejada/forçada aquela que já passou pelo trauma de uma violência, devendo as demais mulheres arcar com o ônus de uma gravidez indesejada. A médica C. defende uma maior rigidez no protocolo do programa, a qual seria eficiente no sentido de separar as “culpadas” das “inocentes”:

Eu acho que uma paciente vítima de violência sexual é uma paciente completamente desamparada. E ainda vir uma gravidez de um momento tão complicado... Quando você se coloca no lugar dessa paciente, no lugar de uma mãe, de um pai, que passa por uma situação dessas, você vê que é impossível levar adiante uma gravidez que vem de um momento tão traumático. Então por esse lado eu acho que realmente é válida essa exceção à regra. Da mesma forma, pacientes que têm risco de vida, que estão com câncer (...) Então nesse caso eu acho que é válido, sabe? Agora, com relação às pacientes vítimas de violência, o que eu acho com relação a restringir é que eu acho que **as histórias deviam ser melhor documentadas**. Porque isso é desnecessário, conforme a lei. (Profissional de Saúde C.)

Tal discussão leva à questão da possibilidade de mudança na legislação. Quando questionadas/os sobre em que condições acreditam que o abortamento deveria ser permitido por lei, parte das/os profissionais manifestou a posição de que a legislação deveria permanecer da mesma forma e parte das/os profissionais afirmou ser favorável a uma legislação mais permissiva. A opinião de que o abortamento deveria ser permitido em qualquer situação foi manifestada por duas profissionais. Ambas colocam o aborto como uma questão de saúde pública, e afirmam que a legalização seria efetiva no sentido de diminuir os danos causados na saúde das mulheres e a mortalidade materna em decorrência do abortamento clandestino. Uma das profissionais defende a legalização seguida de um acompanhamento psicológico. Ela afirma que, na situação atual, em que as mulheres já

realizam o aborto e morrem por conta de abortos inseguros, como enfatizado anteriormente neste trabalho, não é efetivo não fornecer assistência a essas mulheres. Ela defende que a segurança dessas mulheres deve ser garantida, e que a melhor forma de fazê-lo é com o provimento do abortamento pelos serviços de saúde.

Outro profissional acredita que a legislação deveria ser ampliada apenas para os casos de más-formações fetais incompatíveis com a vida fora do útero materno. Considera que o Brasil não possui uma cultura aberta à questão do aborto, como, segundo ele, acontece em países europeus. Defende a extensão da licitude aos casos de patologias incompatíveis com a vida, após comprovado o diagnóstico pela obstetrícia, o que, segundo sua opinião, diminuiria os riscos de patologia materna. Novamente, a restrição entre aquelas devem possuir o direito de abortar e aquelas que devem aceitar a sua “punição”, por serem consideradas “culpadas” pela gestação indesejada. Os casos das más-formações incompatíveis com a vida também são classificados, na fala do profissional, como casos em que a mulher não possui controle sobre a situação, sendo, portanto, justificáveis ética e moralmente.

Já a profissional A. e a profissional C. afirmam estarem de acordo com a legislação, enfatizando que os casos em que o abortamento é permitido não deveriam ser alargados. A profissional C., no entanto, coloca que, apesar de ser favorável ao abortamento nos casos de estupro, acredita que “a legislação protege muito a vítima”, e que deveria ser necessária uma comprovação policial da ocorrência do estupro antes da realização do procedimento, pois, segundo sua visão, o protocolo baseado apenas no depoimento da paciente pode acabar incluindo mulheres que não engravidaram em decorrência de estupro:

Eu acho que apesar de já existirem só essas duas situações, ainda assim eu acho que ela [a lei] **devia ser mais restritiva nos casos de violência**. Eu acho que devia ter uma investigação melhor antes de se tomar a decisão. Porque assim, **a legislação ela protege muito a vítima**, né... E isso é normal, isso é o certo, mas eu acho que deixa escapar pacientes que talvez não sejam aquele caso necessário. Então eu acho que devia ser mais restritiva ainda. (...) Deveria haver, só que **depois de uma comprovação policial**. Porque isso é completamente desnecessário, basta o depoimento da paciente. (Profissional de Saúde C.)

Em sua fala fica patente a idéia de que o “depoimento da paciente” não deveria bastar. A palavra das mulheres que procuram o serviço é, portanto, desacreditada. A autoridade de uma investigação policial, em sua concepção, seria necessária no sentido de evitar que as mulheres que engravidaram após uma relação consensual usufríssem do serviço destinado àquelas que foram estupradas. Não há confiança em seu depoimento, e sobressai o imaginário das mulheres enquanto pessoas pouco confiáveis, as quais “se aproveitariam” do

serviço para interromper uma gravidez. Para coibir essa prática, a legislação sobre o aborto deveria, em sua opinião ser mais restritiva.

A profissional afirma que, tendo em vista a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, o abortamento não deve ser legalizado em qualquer situação. Aqui aparece novamente a idéia de que o abortamento, se permitido, seria utilizado pelas mulheres como um método contraceptivo qualquer. Tal concepção traz a percepção errônea de que o abortamento é um processo tranquilo e pouco traumático para as mulheres e que, por conta disso, a sua realização seria banalizada se, porventura, a prática fosse permitida pela legislação:

Eu, particularmente, acho que existem outros métodos, que não o abortamento clandestino, pra que você evite uma gravidez. (...) Por isso, **eu não sou a favor de descriminalizar o aborto**. Eu não acho que seja a melhor forma de resolver o problema. Eu acho que ia banalizar muito o procedimento. Eu acho que aí seria muito mais fácil você não se prevenir, porque aí você teria essa opção. E eu acho que isso vai contra a responsabilidade do casal. (Profissional de Saúde C.)

Novamente, está presente a idéia da gestação enquanto punição pela sexualidade dissociada da maternidade, com o abortamento sendo visto como uma “saída fácil” para uma suposta irresponsabilidade. A declaração de que “seria muito mais fácil não se prevenir” desconsidera que a decisão de recorrer ao abortamento é uma decisão traumática para qualquer mulher, e que se torna ainda mais traumática em um contexto de punição às mulheres que o realizam, que envolve inúmeros riscos à saúde.

A profissional em questão afirma não ter realizado, até o presente momento, nenhuma interrupção sem boletim de ocorrência, o que mostra que a maior parte das mulheres que realizam o abortamento no programa também procura a instituição policial. Mesmo assim, defende que o B.O. deveria ser obrigatório, ainda que a paciente tenha que, obrigatoriamente, assinar diversos documentos, comprovando a autenticidade de seu depoimento, podendo ser responsabilizada criminalmente pelo falso testemunho. É importante ressaltar também que o protocolo do programa conta com uma minuciosa investigação clínica de todos os casos, com a comprovação de que a idade gestacional é compatível com a data alegada da violência.

A opinião de que deveria ser necessário o boletim de ocorrência em tais casos não foi manifestada pelas/os outras/os profissionais. A psicóloga V. e a assistente social M. acreditam que as funções da polícia e as funções do serviço de saúde devem estar bem separadas e delimitadas, não competindo à equipe hospitalar realizar um “papel de polícia”. V. enfatiza que, enquanto profissional de saúde, não possui o papel de julgar e nem de investigar a paciente, questionando se ela está ou não falando a verdade. Todas as mulheres

que se encaixam no protocolo e que vão realizar o procedimento assinam o termo de compromisso, atestando sua responsabilidade e assumindo os riscos penais por uma eventual inverdade em seu depoimento.

Portanto, no que se refere às representações das/os profissionais de saúde sobre o abortamento legal e clandestino, observa-se uma polarização entre, de um lado, a equipe obstétrica, e de outro, as profissionais da assistência social e da psicologia. A equipe médica é contra o abortamento em qualquer situação, acreditando que ele apenas se justifica em casos de estupro. É patente em seu discurso o imaginário das mulheres enquanto “culpadas” pela realização do sexo consensual sem proteção. Para tais mulheres seria justa a “punição” de levar a gestação indesejada adiante. A maternidade, dessa forma, não é vista como uma escolha, sendo imposta como uma obrigação, com a qual as mulheres devem arcar.

4.6. Visões e discursividades sobre a violência sexual

Com o intuito de conhecer a visão das/os profissionais do programa sobre a violência sexual e sobre as mulheres que passaram por um estupro, foram feitas algumas perguntas relacionadas às causas e às conseqüências dessa violência. As opiniões das/os entrevistadas/os foram bastante diversas e ilustrativas de suas visões sobre gênero e sobre as questões da sexualidade feminina.

Quando questionadas/os sobre quais as principais conseqüências da violência sexual em sua opinião, as/os profissionais do programa citaram principalmente os distúrbios psicológicos e emocionais que incidem na saúde das mulheres agredidas. Foram apontadas: a gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios psicológicos e psiquiátricos, medo, aversão pelo sexo oposto, trauma, distúrbios na esfera sexual, dificuldade para engravidar, entre outros. Portanto, as conseqüências apontadas pelas/os profissionais estão mais relacionadas aos próprios distúrbios na saúde das mulheres, os quais também são tratados pelas/os profissionais no programa.

Já ao falar sobre a sua visão relacionada às causas da violência sexual, uma parte das/os entrevistadas/os separou os casos entre aqueles que acontecem no núcleo familiar e aqueles que acontecem na rua, perpetrados por desconhecidos, afirmando que são situações muito distintas. A profissional M. afirma que a violência sexual sofrida no lar decorre principalmente da “desorganização familiar” e da “falta de fé”. Já quando se refere aos estupros que acontecem nas ruas, por parte de desconhecidos, a entrevistada cita como causa a

desatenção das próprias mulheres. Segundo a entrevistada: “a gente às vezes não tem uma preocupação de estar na rua olhando, pra ver. Às vezes é uma própria falta de segurança da mulher, ela distrai, entendeu? E aquele que tá ali na espreita, aproveita.” (Profissional de Saúde M.). Em sua fala, a culpabilização das mulheres é mais forte do que as relações de poder e de dominação que caracterizam as relações de gênero. Quando a profissional considera que a distração das mulheres no ambiente público é uma das principais causas da violência sexual, ela desloca as causas tanto relacionadas com os desníveis de poder existentes nas relações entre homens e mulheres, quanto às, porventura, relacionadas ao próprio agressor, imputando a responsabilidade exclusivamente às mulheres agredidas.

Essa noção de que a distração ou falta de vigilância por parte das mulheres é uma das responsáveis pela situação do estupro é compartilhada também por outras/os profissionais, quando questionadas/os sobre as causas da violência. É interessante observar que, em todas as respostas, mesmo quando não há uma idéia de co-responsabilização da mulher pelo estupro, também não ocorre uma responsabilização direta do agressor. São citadas como causas “a falta de fé”, “a falta de esperança”, a “desorganização familiar”, ou mesmo o histórico de violência familiar sofrida pelo agressor. Da mesma forma, as relações assimétricas de poder entre homens e mulheres não são percebidas ou citadas por nenhum/a das/os entrevistadas/os.

A profissional de saúde A. afirma que, em sua opinião, a “falta de estrutura familiar” seria o principal fator motivador para a ocorrência da violência sexual. Aqui ela compartilha do imaginário de que o ambiente familiar, idealmente, é um ambiente de proteção e amparo. Porém, os elevados números de casos de estupro e abuso sexual no ambiente familiar, além das demais formas de violência doméstica, mostram que se trata de um ambiente hostil e perigoso para as mulheres e crianças, em que os desníveis de poder são justificados pela idéia de que se trata de um ambiente privado e inacessível.

Já a profissional V. enfatiza que é complicado falar em uma causa ou fator específico, tendo em vista que são muitos os fatores que agem sobre o problema. No entanto, a entrevistada cita que, nos casos de abuso sexual intra-familiar, há geralmente um histórico de violência sofrida por parte das/os integrantes daquele núcleo familiar. Enfatiza que, segundo as informações que obtém durante as seções psicológicas, são famílias que “têm um funcionamento no qual a violência está inserida”, fazendo parte das relações familiares. Com relação à violência extra-familiar, a profissional afirma que esta também se repete para muitas mulheres. Seu discurso, diversas vezes, é contraditório, transitando entre a noção do “descuido” das mulheres nas ruas e um “acaso”, tendo em vista que qualquer mulher pode ser vítima de violência no ambiente externo:

(...) Quando as mulheres estão andando e são abordadas na rua, muitas vezes essa violência se repete. A gente teve um caso aqui de uma moça que viveu três vezes violência né, **porque ela se expõe**. Mas não é porque elas querem. Mas ela fala assim: “Não vai acontecer nada comigo aqui à noite, aqui na rua. O que de pior pudesse acontecer comigo já aconteceu mesmo”. Então, sabe... **É um descuido**. Mas não é culpa delas, não é responsabilidade delas. E nem sempre é por descuido, às vezes uma pessoa super cuidadosa e tudo, que tá atenta às questões, e às vezes acontece também. (Profissional de Saúde V.)

Esta fala é sintomática do imaginário de que as mulheres, quando em ambiente público, aqui entendido como o ambiente das ruas, deve se responsabilizar por sua segurança, não “se expor”, não “se descuidar”. A própria necessidade das mulheres andarem nas ruas com medo e cautela não é questionada pelas/os entrevistadas/os. Aparece como natural. Assim como deveria ser natural e parte da rotina das mulheres arcarem com sua própria segurança, não se “expondo”. O imaginário de que as mulheres não devem “se expor” oscila entre restrições com relação ao horário em que devem circular, locais que devem frequentar, roupas que devem vestir, e mesmo pessoas com as quais devem se relacionar. A restrição de sua liberdade, portanto, é naturalizada, assim como é naturalizada a violência sofrida caso ocorra um “descuido” de sua parte.

A mesma profissional, no entanto, também aponta como possíveis causas da violência sexual a “forma como a mulher é vista na nossa sociedade”, a sua “coisificação” e transformação em um “objeto de consumo”, além da transformação da sua sexualidade em mercadoria pela mídia. Essas situações, segundo ela, causariam uma permissividade com relação a situações de assédio e violência no ambiente público, ou seja, os homens, segundo a sua interpretação, passariam a sentir que possuem o direito de, em suas palavras, “colocar o seu desejo, a resolução da sua satisfação em detrimento do desejo do outro, da mulher”.

A profissional C. coloca que a violência sexual que ocorre nos ambientes públicos é fruto de ações de “gente ruim”, “gente má”, que se vê no direito “de fazer o que bem quer” com as mulheres nas ruas pelo fato de achar que as mulheres são mais vulneráveis e possuem menor estatura e força física, segundo a entrevistada. Tal visão, de que as mulheres são seres frágeis, povoa o imaginário social, colocando as mulheres que transitam nos espaços públicos em posição de vulnerabilidade. Segundo tal imaginário, as mulheres devem ser resguardadas por uma figura masculina protetora. Sobre a questão, afirmam Suárez et al. que: “a identidade masculina e o poder ligado a ela apóiam-se, assim, em uma ordem imaginária na qual os homens são os protetores e as mulheres (...) são protegidas”. (SUÁREZ et al., 1999, p. 40).

A descrição do sujeito transgressor como “gente má” ou “gente ruim” ocasiona também o distanciamento do perpetrador da realidade cotidiana e o coloca em uma posição

excepcional. O seu ato criminoso, considerado monstruoso, define o seu caráter e o afasta das pessoas “boas” e “normais”, aquelas que nunca cometeriam um crime sexual, considerado bárbaro e perverso. Não é questionada a necessidade de existir a ordem e a segurança pública, assim como a presença do sexismo e da socialização violenta aceita como a norma para os jovens homens.

Outro profissional entrevistado afirma que a violência sexual decorre do que denomina “comprometimento socioeconômico”. Sua fala coloca o estupro como uma consequência da pobreza, como um problema exclusivo dos “bairros mais pobres”, “favelas”, “periferias”. No entanto, ainda que essa violência, segundo sua visão, seja causada por fatores socioeconômicos, ela seria alimentada por “hormônios e “estímulos”, sendo, portanto, uma questão de biologia, e uma situação “inevitável”:

Uma casa hoje em que você tem dois cômodos e dormem cinco ou seis irmãos às vezes na mesma cama, em um canto da casa, né. Porque eu conheço a realidade da pobreza. E tá ali, o estímulo tá ali. O ser humano tem estímulo, é o cheiro, é o hormônio, no desenvolvimento, na adolescência. **Então às vezes é inevitável a situação.** (Profissional de Saúde F.)

A discursividade que coloca a violência sexual como uma consequência de características naturais é também parte do imaginário social sobre a prática. Retira o estupro do âmbito das ações construídas e (re)significadas socialmente, cotidianamente, e o coloca no escopo das práticas que, por decorrerem de “estímulos”, são naturais e impossíveis de serem evitadas. Bandeira (1999) aponta que a violência não faz parte da “natureza do ser humano”, e de ações incontrolláveis e desprovidas de um significado social e cultural:

Nesse sentido, torna-se óbvio que a violência não é um elemento constitucional da natureza do ser humano. Tanto na “natureza humana” como na “natureza das relações sociais”, a violência não é natural, não é espontânea, não é dada. Ao contrário, o que há são ações e significados da cultura construídos, instituídos, socializados e ressignificados nas estruturas mentais e sociais. (BANDEIRA, 1999, p.370)

O argumento biologizante é naturalizador da violência e, ao colocar a prática nesses termos, abre margem também para a impunidade, tendo em vista que ao natural não se pode imputar a característica de crime. Além disso, o estupro, quando tido como parte do instinto masculino, coloca a prática no âmbito do irracional, do impensado. Segundo Bandeira (1999), o argumento de que o perpetrador é tomado por um estado emocional irracional, de desequilíbrio, cria ainda uma situação em que o agressor é naturalizado enquanto indivíduo “antes patológico do que normal” (BANDEIRA, 1999, p.373), com o que a violência sexual passa a ser banalizada e minimizada, justificando-se a não reação sobre ela.

4.7. Problemas e desafios enfrentados no programa.

Ao relatar os problemas e desafios enfrentados do Programa de Aborto Legal, as/os profissionais tocaram principalmente na questão da sua relação com as/os demais profissionais do hospital e em questões relativas às dificuldades burocráticas e de protocolo. Interessante notar que, para as/os profissionais com maior tempo de serviço no programa, a questão da desconfiança e preconceito dos demais profissionais do hospital com relação ao seu trabalho não aparece mais como um problema, sendo relatado como algo que já foi superado. Já as/os profissionais que iniciaram no programa mais recentemente, afirmam que enfrentam problemas de relacionamento com os demais profissionais de saúde, a ponto de citar a questão como o principal obstáculo a ser enfrentado em sua função.

A profissional M., no programa desde sua implantação em 1996, afirma que no início dos trabalhos a equipe do programa era vista com desconfiança pelas/os demais profissionais do hospital, sendo tachada de “aborteira” e acusada de estar cometendo um crime quando realizava o procedimento de interrupção da gestação. Esse assédio por parte de outras/os colegas de profissão, segundo M., era responsável inclusive pela desistência de alguns profissionais que entravam no programa e não conseguiam agüentar a pressão:

No início a gente era visto assim com muita **desconfiança**. Éramos os **aborteiros** mesmo né. Então as pessoas olhavam a gente assim, meio enviesado. Alguns médicos começaram no programa e saíram porque os outros começaram a questionar a atitude deles, quer dizer: você tá tirando uma vida, você é isso, você é aquilo, olha que a papuda vai te pegar, essas coisas... E alguns médicos que estavam no programa saíram. (Profissional de Saúde M.)

No entanto, segundo a profissional, após algum tempo de equipe formada, e com o serviço mais consolidado, as atitudes das/os demais funcionárias/os do hospital com relação ao Programa de Aborto Legal foram se modificando, tornando o relacionamento mais cordial e cooperativo. A entrevistada afirma que, após conhecer melhor o serviço e o procedimento, as/os demais funcionárias/os começaram a enxergar as/os profissionais do programa “com outros olhos, com respeito” e que “com o tempo foi melhorando essa aceitação”.

O profissional F., com 10 anos de experiência no programa, dá o mesmo relato. Segundo ele, no início, as/os demais profissionais afirmavam que ele era um médico dos que “só faz aborto”. No entanto, com o tempo, houve um entendimento e aceitação, principalmente por conta das histórias das pacientes que, por vezes, sensibilizavam as/os funcionárias/os. Afirma que o programa hoje não apresenta maiores dificuldades e que “funciona muito bem”. Segundo o médico, não há deficiência de material ou aparelhagem

para realizar o procedimento e nem mesmo resistência das/os demais profissionais do hospital na realização do atendimento das pacientes do programa, quando necessário. Não encontra dificuldades com os anestesistas, para fazer a sedação das pacientes, e nem mesmo para realizar o procedimento, tendo em vista que a vaga no leito é reservada para as pacientes do programa. O profissional destaca que seus colegas de profissão não negam assistência quando ocorre alguma emergência. No entanto, não querem, segundo suas palavras, “puxar o gatilho”:

Às vezes até outro colega aqui do plantão acaba ajudando. **O colega não quer dar é o start da coisa, é o gatilho.** Assim, se é paciente do aborto, então eu vou pôr o remédio, vou conduzir, porque o colega não quer fazer isso. Mas uma vez que tá eliminado o produto, socorrer uma hemorragia às vezes eles fazem, porque a gente não está no momento aqui. Isso a gente não tem dificuldade nenhuma. (Profissional de Saúde F.)

Já outra profissional, com apenas oito meses de serviço no programa à época da entrevista, afirma que percebe uma hostilidade das/os colegas de profissão, tanto com relação ao procedimento em si, quanto com a questão da carga horária a que as/os profissionais do programa têm direito para que realizem seu trabalho. Afirma que as/os demais servidoras/es acreditam que essas horas de que dispõe a equipe do programa são horas ociosas, e que os profissionais “não fazem nada”. No entanto, a profissional coloca que esse problema é secundário, pois o que realmente chama a sua atenção é o preconceito sofrido pelo fato de realizarem o abortamento. A médica apresenta um relato muito diferente do apresentado pelo médico F. quando questionada sobre o suporte e atendimento às pacientes pelos demais profissionais do hospital. Destaca que, apesar de existirem profissionais bastante cooperativos, há alguns plantonistas que se recusam a fornecer assistência em momentos de emergência, apesar de ser sua obrigação fornecer atendimento nesses casos, a qualquer paciente que necessite:

Eu só percebo que, por exemplo, paciente que pertence ao programa, os outros plantonistas não querem dar assistência. Mesmo que seja... Não é generalizado, tem muitos profissionais que são super cooperativos, mas eu não estou no hospital 24 horas no dia, então às vezes a paciente precisa de uma assistência e eu vejo **que nem sempre os profissionais do plantão estão dispostos**, estão disponíveis, a atender naquele momento aquela emergência. Apesar de que é obrigação sabe? Assim, é obrigação de qualquer plantonista de qualquer hospital dar assistência a uma paciente que esteja necessitando emergencialmente. (Profissional de Saúde C.)

A profissional afirma ainda que essa situação de falta de assistência às pacientes do programa se deve ao fato de que os funcionários demonstram preconceito com relação ao procedimento, mesmo nos casos previstos em lei, não se envolvendo com o motivo pelo qual

aquelas mulheres ficaram grávidas ou mesmo com o sofrimento da paciente. Relato mais uma vez contrário ao do médico F., que afirma que a equipe do hospital como um todo se sensibiliza e se envolve com as histórias de violência.

Outro ponto relacionado colocado por C. refere-se à falta de preparo das/os profissionais que não possuem envolvimento com o programa em lidar com os casos e atender às pacientes vítimas de estupro. Segundo ela, as pacientes, em sua situação de fragilidade, às vezes chegam a escutar comentários inapropriados. A questão do despreparo das/os profissionais que não possuem familiaridade com o programa é apontada também por M. como um problema significativo no atendimento às mulheres que engravidaram em decorrência de estupro. A profissional afirma que, não tanto no HRAS, mas nas demais regionais de saúde, alguns funcionários não sabem como lidar com os casos de violência sexual, exigindo inclusive a apresentação do boletim de ocorrência para fornecer o atendimento médico e a profilaxia:

O que a gente vê ainda em outras regionais é assim, a paciente chega vítima de violência e o médico fala assim: **“olha, eu não vou te atender enquanto você não registrar um boletim de ocorrência”**. Aconteceu dessa última paciente que fez a interrupção, ela engravidou porque o médico disse que não ia fazer o atendimento se ela não fosse registrar um boletim de ocorrência. E ela tava ali, passando mal, precisando da medicação, aí ela ficou muito chateada e aí foi embora. Não pegou a medicação contra a gravidez e engravidou. (Profissional de Saúde M.)

A profissional destaca ainda que, quando algum caso desse tipo é detectado no próprio HRAS, há uma busca pela pessoa que forneceu o atendimento à paciente no plantão do hospital, seguida de uma conversa com a/o profissional. Afirma que isso acontece muito raramente dentro da unidade, apenas com médicas/os que não têm conhecimento do programa, principalmente profissionais de outras cidades e que, eventualmente, trabalham em regime de plantão no Hospital Regional da Asa Sul.

A profissional M. aponta que, também raramente, ocorrem problemas de consenso entre os próprios médicos do programa. Ela cita um caso em que o médico responsável pela consulta de verificação da data da gestação concluiu que não era possível que a paciente tivesse engravidado em decorrência da violência. No entanto, tendo em vista que as/os demais profissionais tinham convicção de que a gestação era decorrente da gravidez, o caso foi levado ao Ministério Público, que decidiu pela interrupção, levando em consideração o parecer das/os outras/os profissionais. Ao constatar a situação, e verificar que o outro médico do programa havia realizado a interrupção, o médico em questão decidiu por sair do serviço, com apenas três meses de experiência.

A enfermeira A. também afirma que o grupo não é muito bem visto por alguns profissionais do hospital, e que a equipe do programa já recebeu adjetivos degradantes ao longo dos anos de existência do serviço. Alguns afirmam ainda, segundo a profissional, que a equipe recebe dinheiro para realizar as interrupções. Ela coloca como principais desafios para o serviço: vencer a burocracia para realizar o abortamento em decorrência de estupro; o tempo, tendo em vista que os profissionais precisam correr contra o relógio para realizar a interrupção até as 20 semanas e que muitas mulheres chegam tardiamente ao serviço; e a questão já colocada da visão preconceituosa que alguns profissionais possuem sobre o trabalho que realizam e em relação às pacientes.

A profissional V., psicóloga do programa, também aponta o despreparo e os preconceitos de determinados profissionais como grandes desafios no fornecimento do serviço. Ela afirma que uma residente que estava acompanhando um procedimento de interrupção em que a paciente apresentou dificuldades e sangramento, chegou a fazer um comentário preconceituoso em um momento de grande vulnerabilidade, e que, quando a paciente encontra-se na emergência, não há tanto controle sobre as/os profissionais que deverão fornecer assistência naquele momento:

Teve uma residente que estava acompanhando o procedimento de uma moça interrompendo a gestação, ela tava com dificuldade, tava em sangramento, e a mulher chegou pra ela e falou: “Tá vendo? **Da próxima vez você pensa melhor antes de fazer isso.** Olha aí o que é que dá, você engravidar sem se cuidar”. E a moça ficou em pânico, foi uma confusão. Então assim, aí a gente foi sentou com a equipe e conversou. Mas às vezes dá uns furos assim, que a gente na hora do procedimento, da emergência, eu não sei quem é que vai estar lá pra fazer o procedimento. E aqui é muita gente trabalhando. (Profissional de Saúde V.)

A profissional cita também outros casos de funcionárias/os do hospital, as/os quais não fazem parte do programa, tentarem convencer as pacientes a não realizar o procedimento, quando estas estão nas dependências do hospital, esperando por atendimento. Ela afirma que um grande problema para o serviço são os profissionais que não conhecem muito bem o projeto, não têm experiência na área de violência e deixam que as crenças religiosas interfiram em seu dever profissional. A profissional cita que alguns funcionários chegam a dizer que, se elas realizarem o procedimento vão “se arrepender pro resto da vida” ou vão “para o inferno”.

Portanto, pelas falas das/os profissionais, infere-se que atitudes repressivas de alguns de seus pares que atuam no hospital são parte da rotina de trabalho no serviço. Expressões como “aborteiros” e “criminosos” foram relatadas por alguns profissionais. Essas expressões possuem o viés de estigmatizar as/os funcionárias/os do programa e reprimi-las/os

em suas tarefas, sendo responsáveis inclusive pela desistência de determinadas/os profissionais, as/os quais não suportaram o estigma de “aborteiros”. Essa repressão pode ser responsável por atrapalhar o andamento do programa e ocasionar um stress na própria equipe. A pressão social para que tais profissionais se adéquem ao que os demais consideram como o certo para a sua profissão ou mesmo o certo em termos morais para toda a sociedade, se materializa tanto no estigma colado nesses profissionais pelos rótulos negativos associados a eles, quanto na interferência direta sobre as pacientes, nos casos relatados pela equipe de funcionários que buscam convencer ou mesmo desestabilizar as pacientes do programa, para que elas desistam de realizar o procedimento.

É preocupante ainda a falta de preparo de profissionais que, apesar de não fazerem parte do programa, muitas vezes precisam fornecer atendimento às mulheres que dele necessitam. Estas podem sofrer uma re-vitimização no momento em que são hostilizadas por tais profissionais, os quais não possuem um conhecimento satisfatório de como lidar com esses casos específicos, externando seus preconceitos e julgamentos morais sobre as mulheres agredidas.

CAPÍTULO 5

Experiências e representações das/os profissionais da segurança pública sobre o aborto e a violência sexual

5.1. Breve perfil das/os entrevistadas/os.

Foram entrevistadas/os na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM/DF), como enfatizado anteriormente, um/a profissional de cada uma das principais áreas de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Uma profissional da Seção de Repressão ao Estupro, responsável pela apuração dos casos; uma funcionária da Seção de Atendimento Psicológico, que fornece apoio psicológico às mulheres que chegam à delegacia necessitando desse atendimento; e um profissional do Plantão Policial, área das/os profissionais que recebem as mulheres na delegacia e são responsáveis pelo seu atendimento inicial e por registrar o boletim de ocorrência.

As/os representantes da DEAM entrevistadas/os foram duas mulheres e um homem. Ele é o profissional do plantão, sendo, portanto, o primeiro contato das mulheres agredidas com a delegacia, responsável por escutar as suas queixas e registrar o B.O. As idades das/os profissionais variam entre 37 e 42 anos e dois profissionais são casados/as, enquanto uma é solteira. As duas mulheres entrevistadas se declaram de cor/raça branca, enquanto o profissional entrevistado se declara de cor/raça parda. Com relação aos cargos ocupados pelas/os entrevistadas/os, dois afirmam possuírem o cargo de Agentes de Polícia, e uma afirma possuir o cargo de Agente Penitenciária.

A profissional D., que trabalha na Seção de Atendimento Psicológico, é Agente Penitenciária graduada em psicologia. Já as/os demais profissionais entrevistadas/os são Agentes de Polícia e possuem pós-graduação em Direito. Todas/os trabalharam anteriormente em outras delegacias ou presídios. D. adquiriu experiência profissional no presídio feminino por um período de seis anos. Após isso, trabalhou na Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal. A entrevistada foi a única que declarou ter trabalhado especificamente com mulheres antes de seguir para a DEAM. As/os demais profissionais entrevistadas/os não

possuem experiência no trabalho específico com mulheres. A policial L. afirmou ter trabalhado anteriormente em diversas delegacias. Como exemplos, citou a Delegacia de Costumes e Diversões Públicas e a Delegacia de Latrocínio. O policial F. esclarece que, da mesma forma, sempre trabalhou em delegacias, tendo adquirido experiência no combate ao estelionato antes de chegar à DEAM. Portanto, apesar de sua experiência na área da Segurança Pública, as/os profissionais entrevistadas/os não possuem experiência anterior à DEAM no atendimento específico às mulheres vítimas de violência, com exceção da profissional que trabalhou no presídio feminino.

O profissional F. possui o maior tempo de experiência dentre as/os entrevistadas/os. Ele pertence à equipe da DEAM há oito anos. Já as profissionais D. e L. trabalham no local há, respectivamente, dois anos e um ano e meio. Ambas as profissionais, quando questionadas, afirmam não possuir qualquer curso de qualificação mais específico para o exercício de sua função, enquanto o profissional F. afirma ter realizado alguns cursos específicos de qualificação na área de gênero para trabalhar com mulheres na delegacia.

Os crimes contra as mulheres diferem estruturalmente dos crimes comuns, principalmente por conta de suas características de habitualidade, relação de conjugalidade e hierarquia de gênero. Por conta dessa especificidade, as/os profissionais que atuam nas DEAMs devem receber, além de uma qualificação geral para a investigação criminal, uma qualificação para o entendimento específico da violência de gênero (BRASIL, 2010a). As repostas apresentadas na entrevista mostram que, apesar de sua experiência policial em diversas áreas, as/os profissionais entrevistadas/os não foram qualificadas/os apropriadamente em questões de gênero, não tendo sido fornecidos cursos na área para as duas entrevistadas, que se encontram na intuição há pouco mais de um ano. Apenas o policial que trabalha no local há oito anos já teve a oportunidade de realizar uma qualificação apropriada em violência contra as mulheres³⁴.

As/os três profissionais afirmam que chegaram à DEAM por meio de convites de trabalho. D. foi convidada pela Delegada-chefe do serviço, a qual sabia da sua formação em psicologia e já a conhecia de uma experiência de trabalho anterior no presídio feminino. Já as/os demais profissionais afirmam terem sido convidadas/os por outras/os profissionais com

³⁴ Na Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres consta que o atendimento nas unidades “deve ser conduzido por profissionais policiais previamente capacitados em violência de gênero e doméstica contra a mulher. A educação em segurança pública deve se estender a todos os profissionais da segurança pública que, de alguma forma, atendem às mulheres em situação de violência, por meio dos cursos oferecidos na Rede de Ensino a Distância, em cursos presenciais ou pelos cursos de especialização da Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública – Renaespp” (BRASIL, 2010a, p.31).

as/os quais já haviam trabalhado anteriormente. A profissional L. assume que não tinha interesse específico em trabalhar na área, assim como o profissional F., que afirma que chegou ao serviço por conta de “uma coincidência”. Já a profissional D. fornece um outro sentido à sua entrada na DEAM, afirmando que resolveu exercer a sua atual função de fornecer apoio psicológico às mulheres em situação de violência “pelo próprio fato de ser mulher”, e por “sempre ter se posicionado contra essa situação [da violência contra as mulheres]”. Ela enxerga sua função como uma forma de ajudar e afirma que quando entrou na DEAM passou a “apoiar essa causa”. As/os demais profissionais não forneceram qualquer sentido mais específico ao seu trabalho com esse tipo de violência.

A fala da profissional D. demonstra uma mudança de percepção sobre a situação da violência contra as mulheres após a sua entrada na DEAM. , Observa-se, portanto, que as próprias experiências da profissional com as mulheres agredidas colocam em perspectiva a possibilidade de mudanças e ressignificação de seus valores morais.

5.2. Responsabilidades na DEAM e relação com as mulheres que procuram o serviço.

A profissional D. é responsável, juntamente com outro profissional, pelo atendimento psicológico às mulheres vítimas de violência que procuram a Delegacia de Atendimento à Mulher. Não são todas as agredidas que recorrem à DEAM que passam por esse atendimento, apenas aquelas que apresentam um estado emocional mais conturbado e não estão em condições de descrever a violência. A profissional afirma que sua principal função é conversar com essas mulheres “pra tentar tranquilizar”. Além dessa atividade, a psicóloga afirma que a equipe apura denúncias anônimas e chega a fazer até mesmo determinadas apurações consideradas “normais”, se a Delegada-chefe entende que é necessária uma abordagem diferenciada naquele caso.

A Agente de Polícia L. se limita a dizer que é responsável, juntamente com sua equipe, por realizar as apurações específicas dos crimes contra a liberdade sexual que chegam à delegacia. Já o entrevistado F., que trabalha no plantão da delegacia, define suas responsabilidades como sendo recepcionar as mulheres vítimas de violência, oferecer a elas o atendimento prioritário, além de “saber qual é a necessidade dela, qual o problema dela e tentar adequar à ocorrência policial, para que o processo se conclua o mais perfeito possível”.

As/os entrevistadas/os definem, em seus discursos, a relação com as mulheres que procuram a DEAM por terem sido vítimas de uma violência sexual como sendo “boa” e

“tranqüila”. Todas/os as/os profissionais entrevistadas/os trabalham diretamente com essas mulheres na DEAM. As/os profissionais F. e D. afirmam que uma postura mais próxima, humanizada e de acolhimento com as vítimas faz parte de sua função. D. afirma que, em seu atendimento, procura “sempre acolher e entender, e não levar a uma re-vitimização” das mulheres que foram vítimas de uma violência sexual. Já F. coloca que, em sua relação com as mulheres que procuram o plantão da delegacia, procura transmitir “o máximo de confiança possível”, assim como o “máximo de informação possível”, além de buscar informá-las sobre seus direitos e deveres, e sobre quais são as expectativas sobre aquela denúncia.

5.3. Conhecimento da legislação específica e procedimentos.

No caso das/os profissionais da segurança pública, em especial aquelas/es que trabalham na DEAM, unidade especializada no atendimento às mulheres vítimas de violência, aqui tratando, especificamente, das situações de estupro, é importante conhecer a legislação específica sobre o aborto, inclusive aquelas situações em que o procedimento é isento de ilicitude. Tal conhecimento da legislação é ainda essencial àquelas/es profissionais que trabalham diretamente com as mulheres que sofreram estupro, tendo em vista que devem estar preparadas/os para lidar com a situação, orientando de maneira correta as mulheres que sofreram tal violência. Estas devem ser instruídas a procurar os serviços de saúde com o intuito de serem medicadas, tomar a profilaxia contra as doenças sexualmente transmissíveis e o medicamento contraceptivo de emergência, quando necessário. Além disso, devem ser informadas, em caso de gravidez decorrente de abuso sexual, da existência do serviço de interrupção da gestação, assim como do seu direito de interromper a gestação fruto de um estupro³⁵. Para que possam informar corretamente as mulheres sobre todas essas questões e encaminhá-las ao serviço correspondente, as/os profissionais da segurança pública, além de estar conscientes da legislação, devem apresentar um bom conhecimento dos procedimentos a serem tomados em casos de estupro e da gravidez oriunda dessa violência.

³⁵ As novas atribuições das Delegacias de Polícia Civil - dentre as quais as DEAMs - estabelecidas pela Lei 11.340/2006, constam no Capítulo III, artigos 10 a 12 e seus incisos. O artigo 11 da referida Lei determina às autoridades policiais a realização de todos os procedimentos policiais cabíveis para a elucidação do fato-crime e ainda: II - encaminhar a mulher aos estabelecimentos de saúde e ao Instituto Médico Legal; e V - informá-la de seus direitos e sobre os serviços disponíveis. (BRASIL, 2010a, p.35).

Das/os três profissionais entrevistadas/os, que trabalham diretamente com as mulheres que sofreram violência sexual, uma profissional, quando questionada sobre em que casos o aborto é permitido pela legislação, afirmou que não possui conhecimento dos casos em que o abortamento é isento de ilicitude. A policial declara que possui dúvidas, mas que acredita que a mulher tem o direito de optar pelo aborto legal se engravidou em decorrência de uma situação de violência sexual. Afirma ainda que diversas mulheres demoram muito tempo para procurar a delegacia quando sofrem um estupro, principalmente por vergonha ou medo e que nesses casos a pílula de emergência já não é mais efetiva. A profissional não citou que o abortamento é também legal nos casos em que a gestante corre risco de morte. As/os demais profissionais entrevistadas/os citaram corretamente os dois casos em que o procedimento é permitido por lei.

Quando questionadas/os sobre os procedimentos utilizados pela DEAM/DF no atendimento às mulheres vítimas de estupro, as/os três entrevistadas/os procederam a uma descrição das indicações dadas às mulheres que sofrem esse tipo de violência: não tomar banho após o ocorrido, procurar a DEAM, não lavar as roupas e levá-las à delegacia. A entrevistada L. afirma que o procedimento da equipe consiste em, primeiramente, registrar a ocorrência, e depois apreender as roupas da vítima. Dois entrevistados citaram a chamada “bolsa de crise”, fornecida na instituição, que contém itens como roupas, sabonete, toalha e peças íntimas, a serem utilizadas pelas mulheres com o intuito de se “recomporem” no local. Trata-se de um incentivo para que as mulheres não destruam as provas do estupro, no caso as marcas e fluidos corporais. Machado (1999) afirma que, se no campo legal, os resquícios da violência se tratam de provas do delito masculino, no campo moral são “marcas da impureza de um ato que não se inscrevem no masculino, mas no corpo feminino” (MACHADO, 1999, p.302). Ao se lavar obsessivamente, tomar banho e se livrar das roupas utilizadas durante a violência, as mulheres estariam realizando rituais de purificação, com o intuito de promover uma limpeza não apenas no corpo, mas também “na alma”, uma purificação simbólica.

Após essa assistência inicial, as mulheres violentadas são encaminhadas para o instituto de criminalística, com o objetivo de recolher material biológico do agressor, ao Instituto de Pesquisa de DNA Forense (IPDNA), e ao Instituto Médico Legal (IML). Já na DEAM as vítimas são orientadas a buscar o HRAS para medidas de proteção à saúde. Segundo a entrevistada, quando o movimento na delegacia está mais tranquilo, as vítimas são levadas ao hospital pelas/os funcionárias/os da DEAM, mas quando o movimento está intenso, apenas a instruem a buscar o hospital.

5.4. Religião e Religiosidade.

As/os profissionais da DEAM afirmam possuir formação religiosa familiar. No entanto, ao contrário do cenário encontrado no HRAS, em que todas/os as/os entrevistadas/os possuem uma formação católica, na DEAM, as/os três profissionais são praticantes de religiões diferentes.

A entrevistada D. afirma que, apesar de possuir uma base religiosa católica, e ter participado de diversos rituais da infância, como batismo e primeira comunhão, não frequenta mais os rituais da igreja, não se considerando, portanto, uma católica praticante. Já a entrevistada L. possui uma formação religiosa evangélica, considerando-se uma praticante ativa da religião, e o entrevistado F. possui formação religiosa espírita, sendo também praticante.

Quando questionadas/os sobre se a sua formação religiosa influencia em sua prática profissional, as/os profissionais que se consideram praticantes das religiões espírita e evangélica afirmaram que sim, que a religião possui um peso significativo em seu trabalho, assim como em “tudo em suas vidas”. Para a profissional L., “a religião influencia em tudo o que a gente faz, nas decisões que tomamos”, no entanto, ela afirma que não é uma questão “determinante” em sua prática profissional. O policial F. assume que retira de sua religião, o espiritismo, a sua base moral e ética. Para ele, a religião “nos trás a moral, a ética, ela é a base da ética e da moral, e isso é muito importante no serviço policial. A religião é importante em tudo”. (Profissional da Segurança Pública F.)³⁶

Já a psicóloga D., a única que declarou não ser praticante de nenhuma religião, apesar de sua formação católica, coloca que as questões religiosas não possuem qualquer influência em sua prática profissional. A entrevistada destaca ainda que procura afastar tais assuntos de seu trabalho, como, por exemplo, o preceito de condenar a prática do abortamento. Afirma que tenta “afastar muito essa situação da religião para não influenciar. Até tem alguns preceitos, como ser contra o aborto, que você aprende desde cedo, mas não deixo isso influenciar não”. (Profissional da Segurança Pública D.)

As/os profissionais foram questionadas/os também sobre se acreditam que as questões religiosas influenciam as práticas das/os demais profissionais da DEAM. Suas respostas foram no mesmo sentido de quando questionadas/os sobre a sua própria prática profissional. O profissional F., que afirmou que a religião era essencial em seu trabalho

³⁶ Entrevista cedida pelo profissional F. no dia 30 de novembro de 2010, na DEAM.

enquanto policial, acredita que o mesmo é válido para as/os demais profissionais. Segundo ele, “em qualquer lugar a religião é muito importante. Até mesmo pra aqueles que não acreditam em nada, que não têm fé, a religião é importante, por causa da moral, da ética”. (Profissional da Segurança Pública F.). A profissional L. apresenta a mesma percepção, pontuando que as questões religiosas influenciam “em tudo”.

Já a profissional D., que afirma que as questões religiosas não influem em sua prática de trabalho na DEAM, tem a opinião de que as/os demais profissionais da delegacia conseguem manter as questões religiosas afastadas de seu trabalho. Ela afirma que nunca percebeu/nunca viu qualquer influência nesse sentido, e que acredita que “as pessoas conseguem manter bem afastada a sua convicção religiosa do trabalho, do seu dia a dia e desse apoio às mulheres”. (Profissional da Segurança Pública D.)

Portanto, as/os profissionais da DEAM que praticam alguma religião consideram que ela influencia em sua profissão, assim como acreditam que as religiões de seus colegas de profissão influenciam no trabalho deles. No entanto, justamente a profissional que não é praticante de nenhuma crença religiosa não consegue identificar em seus pares a influência religiosa que eles mesmos assumem ser decisiva em suas práticas profissionais. Talvez essa identificação seja difícil porque a influência da religião é sempre descrita em termos genéricos como “compaixão” e que de forma alguma são exclusividade de uma prática religiosa.

A influência da religião nas práticas profissionais, declarada pelas/os profissionais praticantes do cristianismo, é muito similar àquela declarada pelas/os profissionais de saúde entrevistadas/os no HRAS. Eles colocam a influência da doutrina em termos de valores como “amor” e “compaixão”, não assumindo em nenhum momento que a religião influa de alguma forma como cerceadora de sua conduta ético-profissional. Já o entrevistado F. assume de maneira incisiva que a religião espírita lhe fornece a base para seus valores morais e éticos, além de ser determinante em sua conduta profissional. No entanto, tendo em vista que as/os profissionais da DEAM não trabalham diretamente com os casos de abortamento, não há possibilidade de proceder a uma associação entre a sua religiosidade e os casos específicos de mulheres que engravidaram em decorrência do estupro. No entanto, o papel do profissional da DEAM nesses casos, que é o de informar sobre os direitos dessas mulheres e sobre o serviço de abortamento do HRAS pode ficar prejudicado se a doutrina espírita, além de lhe fornecer sua base moral e ética, declaradamente define sua conduta de trabalho na instituição.

5.5. Visões e discursividades sobre o aborto.

Com relação ao abortamento, as/os profissionais da Segurança Pública foram questionadas/os sobre a sua opinião quanto à legislação relativa à interrupção da gestação, quanto ao aborto clandestino, quanto ao aborto em casos de estupro e quanto às mulheres que realizam o procedimento, seja ele permitido por lei ou ilegal.

Referente à opinião das/os entrevistadas/os sobre o abortamento em casos de estupro, as/os três profissionais afirmaram serem favoráveis ao procedimento nesses termos. A profissional D. enfatiza a importância da vontade e da decisão das mulheres quando estas engravidam em decorrência de uma violência:

Se a lei permite, eu acho que a mulher tem todo o direito, ela que decide. Ela que passou por uma situação de violência, ela que tem que decidir se ela quer carregar uma criança que lembre uma história ou não. Então é a vontade dela que vale. (Profissional da Segurança Pública D.)³⁷

A profissional L. possui argumento semelhante ao da profissional D. Coloca que é a favor do abortamento em casos de violência sexual e que as mulheres, nessa situação “têm que fazer mesmo”. Os discursos de ambas convergem para uma visão do abortamento proveniente de estupro como um direito das mulheres, identificado inclusive como um “direito de decidir”, caro aos movimentos feministas. Além desse aspecto, aparece ainda em suas falas a idéia de que o filho proveniente de um estupro acaba sendo uma espécie de lembrança da violência. Portanto, da mesma forma que a interpretação das/os profissionais da saúde, a visão aqui é de que o abortamento se justifica também por conta do “sofrimento” por que passam as mulheres que foram estupradas, as quais teriam de carregar em seus corpos e, posteriormente, para o resto de suas vidas, a materialização da lembrança do ato de violência que sofreram.

Já o profissional F. é menos categórico em sua opinião e apresenta um discurso contraditório. Afirma que o aborto nesses casos é “aceitável”, mas que, no entanto, não concorda pessoalmente com o procedimento. Destaca ainda que o aborto, se consequência de uma gravidez fruto de estupro é “válido” se for necessário para que a mulher “consiga sobreviver a essa questão”. Portanto, há aqui uma contradição entre a declaração do profissional de que é “pessoalmente” contra o aborto em qualquer situação: visão propagada pela sua religião, o espiritismo; e o seu comentário de que, para a gravidez decorrente de estupro o abortamento é uma solução “válida” para a mulher. Observa-se uma oposição entre

³⁷ Entrevista cedida pela profissional D. no dia 30 de novembro de 2010, na DEAM.

o discurso que ele propaga em decorrência de sua religião, obrigatoriamente contrária ao aborto em qualquer situação, e a sua fala enquanto profissional que trabalha com mulheres agredidas e deve, também obrigatoriamente, condenar a prática do estupro, como um crime “monstruoso”, em suas próprias palavras. Portanto, o aborto em decorrência de estupro, em sua visão profissional, seria “menos condenável”. Tal posição também pode ser considerada uma flexibilização do dogma de sua religião com relação à prática do abortamento exatamente por conta de suas experiências no atendimento às mulheres agredidas. A pergunta que fica é se ele conseguirá mesmo prover o melhor atendimento às mulheres que sofreram esse tipo de violência e gostariam de realizar o abortamento, tendo em vista a sua posição de suposta contrariedade ao aborto em qualquer situação, a qual aparece, no entanto, flexibilizada de maneira um tanto contraditória e confusa. Quando questionadas sobre o abortamento clandestino, ambas as mulheres entrevistadas apontaram que o aborto realizado em condições ilegais e inseguras é uma consequência da criminalização do procedimento. A profissional L. coloca que o aborto “deveria ser um problema do governo” para que as mulheres que necessitam realizá-lo o possam em condições seguras, não precisando recorrer ao abortamento inseguro. A profissional D. possui opinião semelhante. Complementa ainda afirmando que a ilegalidade do aborto apenas complica a situação, pois impede que a rede de saúde forneça atendimento apropriado a essas mulheres. Afirma também que, com a legalização do procedimento, os números de mortes maternas poderiam cair:

Eu entendo que **o aborto clandestino só existe porque existe uma lei proibindo o aborto** no país. Se não existisse essa lei, se a nossa rede de saúde auxiliasse as mulheres, eu acredito que... Na minha opinião, os números de abortos diminuiriam, o número de mortes em decorrência do aborto diminuiriam, você poderia orientar melhor essa mulher que chega numa clínica querendo fazer um aborto, sobre adoção, com relação a uma série de outras alternativas. Então eu acredito que essa criminalização do aborto só complica essa situação. (Profissional da Segurança Pública D.)

O profissional F. parece compartilhar da opinião de que a situação de ilegalidade do procedimento do aborto traz consequências maléficas para as mulheres, que não possuem assistência médico-hospitalar adequada. O policial cita ainda que a “mortalidade de gestantes em razão do aborto clandestino é enorme” e que seria válido que os legisladores “pudessem rever a legislação em razão disso. Se é pra evitar mortes parece que não está funcionando”. (Profissional da Segurança Pública F.).

No entanto, o mesmo profissional, quando questionado sobre os casos em que, em sua opinião, o abortamento deveria ser permitido por lei, afirma que não concorda com a sua legalidade em nenhum caso e que é “contra o aborto, inclusive em qualquer forma, por uma

questão religiosa”. É importante aqui recordar que o profissional em questão é praticante do espiritismo. Desta forma, o seu discurso é mais uma vez contraditório, tendo em vista que, quando questionado sobre o abortamento clandestino, destaca que a legislação poderia ser revista, além de mostrar conhecimento sobre o fato de que a criminalização do aborto não permite que as mulheres possam dispor de um atendimento médico adequado e que muitas mulheres morram por conta disso. Portanto, a sua discursividade sobre a legislação está sendo pautada por suas crenças religiosas e pelo considerado moralmente aceitável ou digno de ser exposto publicamente, mais do que pela consciência de que a proibição da prática do aborto é maléfica para a saúde das mulheres. No fundo, predomina uma visão familista e moralista em relação às mulheres e contrária a prática do aborto.

Diferentemente, as duas profissionais entrevistadas afirmam que, em sua opinião, o abortamento deveria ser permitido por lei em qualquer caso, e utilizam argumentos pautados, principalmente, no direito das mulheres de escolherem se desejam ou não levar aquela gestação adiante. A profissional L. afirma que é a favor da legalização em todos os casos e que “é um direito da mulher escolher”. A entrevistada D. enfatiza que “se a mulher entende que ela quer fazer o aborto, ela, como dona do seu corpo, tem todo esse direito”.

Quando questionada sobre a sua opinião com relação às mulheres que recorrem ao aborto em decorrência de uma violência, a profissional D. também enfatiza a questão de seu direito de escolha, além de ponderar que uma gestação proveniente de estupro pode gerar uma criança que lembre constantemente à mulher da violência que ela sofreu. Afirma ainda que não se encontra em posição de fazer “nenhum julgamento de caráter” sobre as mulheres que se encontram nessa situação. O profissional F. parece concordar com sua opinião, afirmando que acredita que as mulheres recorrem ao abortamento em casos de violência “porque aquele fruto daquela gestação vai trazer a ela recordações, vai trazer a ela traumas que seria melhor evitar”. No entanto, o profissional, que se coloca “contra o aborto em qualquer caso”, quando questionado sobre o que pensa das mulheres que recorrem ao aborto clandestino e, por outro lado, o que pensa sobre aquelas que abortam após sofrer violência sexual, afirma que são casos diferentes, e que o aborto, quando proveniente de uma gestação decorrente de estupro, se justifica porque a mulher, nesse caso, “não tem como evitar”. Já em outros casos, o procedimento não se justificaria por haver disponibilidade de contraceptivos. Em suas palavras:

São coisas diferentes. Hoje em dia nós temos meios anticoncepcionais variados, então **não justifica** hoje, uma mulher instruída, educada, correr esse risco e se submeter a um aborto.

Com relação á vítima de estupro **ela não decidiu nada, ela não tem como evitar** isso, então é um direito que lhe assiste. É bem diferente. (Profissional da Segurança Pública F.)

Portanto, a visão do profissional no que se refere às mulheres que engravidam em decorrência de um estupro e recorrem ao abortamento não é de julgamento ou punição porque, em sua opinião, se trata de uma vítima: uma mulher que não escolheu aquela relação sexual e não possui, a princípio, “culpa” por ter engravidado, e nem mesmo é a “culpada” pelo intercuro. Já quando se trata de uma mulher que, deliberadamente, escolheu ter relações sexuais, o abortamento não se justifica. Novamente, a questão da punição que sofrem as mulheres pela livre sexualidade e a visão polarizada e estereotipada, também existente no discurso das/os profissionais da saúde, entre as mulheres que abortam em casos de estupro, as quais são vítimas de uma situação que não escolheram, e as mulheres que abortam por uma suposta irresponsabilidade, as quais são “culpadas” daquela situação e devem obrigatoriamente levar a gestação adiante como uma forma de punição. A existência de métodos anticoncepcionais no mercado é mais um motivo para que uma mulher “instruída” e “educada” não corra o risco de engravidar. O desconhecimento ou falta de instrução, além de qualquer acaso impeditivo do uso de um contraceptivo (como a recusa do parceiro, por exemplo) não são levados em consideração quando se trata dos motivos pelos quais a realização de um abortamento não se justifica quando a relação sexual é consentida. Portanto, tanto as/os profissionais da saúde, quanto as/os profissionais da segurança pública não enfatizam em seus discursos sobre o abortamento as relações de poder hierárquicas entre homens e mulheres que caracterizam a nossa dinâmica social.

5.6. Visões e discursividades sobre a violência sexual.

Quando questionadas/os sobre as principais causas da violência sexual, em sua visão particular, as/os profissionais da DEAM, sem exceções, afirmaram que o ato se trata de um distúrbio psicológico, praticado por “pessoas doentes”. Tal visão é muito similar àquela apresentada pelas/os profissionais da saúde ao se referir ao estupro praticando contra as mulheres em locais públicos (entendido aqui como o ambiente das ruas). Segundo a profissional L., “os homens que fazem isso não são normais”.

A visão patologizante do estupro é apresentada também pela profissional D., psicóloga da instituição. A entrevistada complementa afirmando que não acredita no argumento que trata as mulheres que sofreram tal agressão como as culpadas pelo estupro por conta de uma falta de atenção, pela maneira como estavam vestidas ou pelo local por onde

circulavam no momento do ataque. A profissional, ao mesmo tempo em que rechaça o mito da mulher culpada pela violência, abraça o mito do agressor que sofre de uma patologia. O agressor, dessa forma, é retirado da categoria de “homem normal”, pois estes, segundo as entrevistadas, não cometeriam tal crime, e é colocado na categoria de “doente”. É como se o estupro fosse obra de mentes doentias, de pessoas consideradas anormais e, portanto, um crime excepcional:

Eu entendo que é uma pessoa doente, **um homem doente**, que entende que pode abusar daquela mulher, tomar aquela pessoa pra ele, mesmo contra a vontade. (...) Não acho que existe essa coisa que as pessoas falam muito que a mulher usa uma roupa provocante, porque ela tava com batom, porque ela se maquiou, porque ela estava com uma saia curta, que ela tava se oferecendo. Eu não entendo dessa forma. (Profissional da Segurança Pública D.)

O profissional F. partilha da opinião de que o ato do estupro é uma patologia. No entanto, em sua visão, a responsabilidade pelo “descuido” é da vítima, a qual deveria procurar se defender, não andar em locais ermos ou escuros, tendo em vista que a “falta de atenção” das mulheres nas ruas facilita, em sua visão, a ação dos agressores. Portanto, segundo o policial, tendo em vista que o ato é praticado por pessoas que apresentam um “problema de saúde”, cabe às próprias mulheres se protegerem:

Eu entendo a violência sexual, em particular o estupro, como **um desvio mental**, como um **problema de saúde**. Então o maior fator eu acho que seria a **falta de atenção da vítima**, o **descuido** dela, de estar circulando em lugares ermos, com pouca iluminação, próximo a matagais e prédios abandonados. Então isso facilita muito a ação do... Não tem como a polícia estar em todos os lugares ao mesmo tempo. Então **as próprias cidadãs, pessoas, têm que procurar se proteger**, evitar esse tipo de coisa. Porque a gente tem visto que a própria opinião do estuprador, do agressor, é buscar vítimas mais **frágeis**, mulheres sozinhas, entendeu? Que facilitem o máximo a ação dele. (Profissional da Segurança Pública F.)

As/os entrevistadas/os não mencionam as relações sexistas e os desníveis de poder entre homens e mulheres existentes em nossa sociedade em suas análises das causas da violência sexual. A responsabilidade recai em uma patologia genérica ou nas próprias mulheres agredidas. Quando o estupro é tratado como uma patologia e o estuprador como uma pessoa doente, inverte-se a posição ocupada por cada um/a dos/as atores e atrizes naquela relação. O agressor passa a ser a vítima de um “problema de saúde”, dessa forma, a responsabilidade por aquele ato não é sua, ao menos de maneira consciente, tendo em vista que se trataria de um ato “irracional”. A responsabilidade, na visão do profissional, é retirada tanto do agressor quanto da própria instituição de segurança, e repassada às mulheres que,

segundo ele, não se protegem suficientemente, tendo em vista a sua suposta fragilidade biológica. A fragilidade e vulnerabilidade aparecem, no imaginário do profissional, como atributos das vítimas e, portanto, das mulheres. Tal atributo de fragilidade é ainda potencializado quando se trata de uma mulher “sozinha”, ou seja, desacompanhada de um protetor, um homem. E assim, mais uma vez, a responsabilização recai sobre a agredida, a qual, segundo o entrevistado, facilitaria a ação do agressor por estar desacompanhada e usufruindo do espaço público, considerado perigoso para as mulheres.

Suarez e Bandeira (1999) apontam que determinadas modalidades de crimes cometidos contra as mulheres, em especial o estupro, são tidas como monstruosas, ao invés de criminosas, e que, por esse motivo, os seus perpetradores passam a serem vistos como “sujeitos marginais, carentes e poluentes”, mais do que como agressores (SUÁREZ; BANDEIRA, 1999, p.15). A percepção de que o crime sexual pode ser cometido apenas por “uma pessoa doente” o retira do escopo das práticas habituais e o coloca no escopo das práticas desviantes ou anormais. Suárez enfatiza que essa discursividade sobre o estupro “revela a existência de um imaginário que, furtando o olhar à cotidianidade desses crimes, satisfaz o desejo de segurança, e cria margens sociais perversas, deslocando para elas as práticas sexuais que transgridem os direitos da pessoa humana” (SUÁREZ et al., 1999, p.36). A autora enfatiza ainda que esse mecanismo de marginalizar pela vergonha, com o propósito de coibir a prática é, em grande parte, frustrado ao interagir com a transgressão real, pois limita a sua visibilidade enquanto fenômeno social concreto e regular:

A mistificação da violência sexual, como de resto quase toda a violência, dificulta sua visualização como fenômeno concreto, colocando em seu lugar imagens altamente aterrorizantes e obsessivas que dificultam seu manejo como problema social a ser resolvido porque, sem condições de examiná-la como conduta social ordinária, o cidadão encontra refúgio em explicações essencialistas que, necessariamente, conduzem-nos a assumir posturas fatalistas e de impotência (SUÁREZ et al., 1999, p.54).

Segato (1999, p.412) procede também a uma crítica das explicações psicopatológicas sobre a violência sexual, afirmando que essas abordagens colocam a violência no âmbito do “especial”, “eliminando qualquer conexão com a ameaça aos homens ‘normais’”, ocasionando que os elementos os quais podem precipitar a violência sexual em uma sociedade não são questionados ou combatidos, sendo o ato tratado como uma patologia individual.

Quando questionadas/os sobre as principais conseqüências da violência sexual, as/os profissionais citaram também os aspectos psicológicos, os problemas emocionais que

marcariam as mulheres que passam por um estupro. As/os entrevistadas/os apontam o “trauma psicológico para a mulher” como o principal aspecto, mais importante até do que a violência física sofrida:

Apesar de não ser psicólogo nem médico, eu reconheço que há um grande trauma psicológico. A tensão psicológica é muito maior que a da própria violência física em si. A física a gente sara, cura, mas a psicológica vai ficar. Isso vai refletir nela, em maus relacionamentos, como mãe, como esposa, como irmã, tudo isso vai prejudicar bastante. É totalmente abominável esse crime. (Profissional da Segurança Pública F.)

Não foram citadas pelas/os profissionais da delegacia as seqüelas na saúde física das mulheres, como a própria gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, ou outras.

5.7. Problemas e desafios enfrentados no atendimento.

As/os profissionais da DEAM relataram diferentes problemas e desafios em suas funções específicas na delegacia. A profissional D. aponta que, segundo a sua experiência, o maior problema é quando as mulheres que sofrem violência registram a ocorrência e depois se afastam do seu registro ou desaparecem. Segundo D., é necessário que as vítimas contribuam com a investigação constantemente. Muitas vezes, elas precisam ser consultadas ou entrevistadas, e trocam de endereço e telefone, tornando-se inacessíveis. Segundo a entrevistada, esse é um grande entrave na hora da apuração, que acaba travando diversos processos.

Algumas hipóteses para a desistência ou afastamento das mulheres de suas queixas podem estar relacionadas: ao medo/ameaças porventura sofridas da parte do perpetrador da violência, à descrença no aparato policial ou na justiça após feita a queixa, além de uma cultura da reconciliação, em que as mulheres carregam a imagem de responsáveis por manter o relacionamento, especialmente se possuem filhos. O profissional F. aponta que as questões mais difíceis são “as afetivas, que envolvem a família”. Ressalta que, nesses casos, por mais que o agressor se mostre violento, as mulheres tendem a tentar “proteger a família, a tentar recuperar [o relacionamento], e aí vão levando o máximo que dá”.

O profissional não considera também, nessa questão específica da violência doméstica, as relações assimétricas de poder existentes nos relacionamentos. Em sua visão, as mulheres são aquelas que, naturalmente, buscam “proteger a família” e promover uma reconciliação. No entanto, é patente que, em uma relação que envolve assimetria de poder

entre os gêneros, não de ser considerados vários aspectos para uma análise mais precisa sobre a violência que ocorre no ambiente doméstico e sobre o porquê de muitas mulheres sobreviverem tanto tempo em relações violentas.

O relato da profissional L., que trabalha especificamente com os casos de estupro que aparecem na delegacia, é o mais interessante para a análise da questão. Conforme ressalta, o maior desafio que encontra em seu trabalho é saber se as mulheres que procuram a DEAM foram realmente vítimas de estupro ou se estão mentindo. Segundo a profissional, há a necessidade de “levar o que ela [a vítima] fala como verdadeiro, mas muitas vezes não é verdade”.

É interessante observar que a profissional responsável por apurar os crimes contra a liberdade sexual na DEAM na verdade considera que o seu principal desafio é investigar as próprias mulheres que fizeram a queixa, e não o perpetrador da violência. Sua declaração mostra que, nos casos de crimes de estupro, a desconfiança recai nas próprias mulheres que procuram a delegacia. São essas mulheres que estão sendo julgadas, é o depoimento delas que está sendo questionado e tomado, a princípio, como falso.

A entrevistada lamenta ainda não haver dados estatísticos na delegacia sobre as falsas denúncias de estupro, pois, segundo seu depoimento, se trata de um número muito significativo. Aponta ainda que muitas mulheres, segundo a sua percepção, retiram a queixa nesses casos, e que esse é um indicativo de que faltaram com a verdade em seu depoimento.

Quando se tratam de mulheres que procuram a delegacia no momento em que já se descobriram grávidas em decorrência da violência sexual, a desconfiança é ainda maior. Segundo a entrevistada, há mulheres que aparecem na delegacia para registrar a ocorrência muito tardiamente, com a gravidez já em estágio avançado. Em vários desses casos, a sua desconfiança é de que as gestantes estão mentindo e que procuram o serviço com a intenção de burlar a legislação e realizar o procedimento de interrupção da gravidez. No entanto, mesmo que nesses casos, segundo a entrevistada, seja difícil provar se a gestante foi ou não vítima de estupro, tendo em vista que os vestígios da violência já desapareceram, é interessante notar que ela afirma que algumas dessas mulheres estão faltando com a verdade em seus depoimentos:

Em alguns casos é mentira e ela registra para dizer que foi estuprada e fazer o aborto, mas não temos como provar, porque não há mais vestígios da violência ou não. (...) A gente vê que tem casos em que ela quer se aproveitar da “brecha da lei”. (...) O maior desafio é saber se a vítima é realmente vítima. (Profissional da Segurança Pública L.)³⁸

³⁸ Entrevista cedida pela profissional L. no dia 30 de novembro de 2010, na DEAM.

Quando questionada sobre quais são os procedimentos nesses casos, em que a profissional está decidida sobre a falsa afirmação da vítima, afirma que deve sempre registrar a ocorrência e falar sobre o serviço de assistência existente no HRAS. Destaca ainda que a comunicação entre o seu setor e o hospital é muito limitada e que não possui o retorno, para saber se a vítima fez o abortamento ou não.

CONCLUSÕES

O Brasil, apesar de estar entre os países com legislação mais restritiva em todo o mundo no que se refere ao aborto, não consegue evitar a reprodução de altas taxas de abortamentos. As leis restritivas não impedem que as mulheres realizem o procedimento, sendo apenas um proibitivo aos serviços de saúde, que não podem oferecer tratamento digno às mulheres que desejam/necessitam realizar o aborto. O abortamento inseguro consiste em grave violação dos direitos humanos das mulheres e um importante problema de saúde pública em todo o mundo. As estimativas sobre o abortamento mostram que a criminalização, além de não ser efetiva em termos de inibição da prática, obriga que as mulheres recorram a métodos inadequados, os quais podem causar danos em sua saúde e provocar mortes (ADESSE; MONTEIRO, 2007). Ignorar é consentir com esta realidade.

A criminalização da interrupção da gravidez viola a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, contribuindo para perpetuar o estigma social relacionado às mulheres que abortam, além do preconceito e dos estereótipos de gênero (GALLI, et al, 2010). O aborto se configura ainda como o centro de uma batalha ideológica, em que os significados da família, do Estado, da maternidade e da sexualidade das mulheres estão em disputa (PETCHESKY, 1990). A moralidade conservadora e religiosa encontra-se relacionada aos papéis de gênero tradicionais, socialmente atribuídos, os quais imputam às mulheres uma imagem ligada à maternidade. Tal imaginário sofre um abalo considerável quando da recusa a essa maternidade, seja por meio da interrupção da gestação, seja por meio do uso de contraceptivos ou de qualquer forma de sexo dissociado da procriação. A própria legislação, portanto, trata de punir as mulheres que se recusam, não apenas a serem mães, mas que buscam uma sexualidade independente. O aborto é considerado pelo pensamento conservador como sendo a “transgressão do feminino” (GALLI et.al., 2010), pois desafia o imaginário de que a sexualidade das mulheres está submetida à procriação. A restrição ao abortamento legal e seguro se trata, portanto, de uma prática dissimulada de controle da sexualidade e dos corpos das mulheres.

Na tentativa de recuperar e analisar algumas das representações das/os profissionais da saúde e da segurança pública em Brasília, no que se refere ao abortamento e à violência sexual, foram identificadas muitas semelhanças e algumas divergências entre as discursividades das/os entrevistadas/os de ambas as instituições. Verificou-se que, apesar do bom conhecimento das/os profissionais do Programa de Aborto Legal do HRAS com relação

à legislação sobre o abortamento e o procedimento de interrupção da gestação, ainda há muitos problemas de ordem prática a sanar. Constatou-se que falta treinamento para as/os profissionais antes de entrarem no programa, assim como falta conhecimento e capacitação às/aos demais funcionárias/os do hospital. Estas/es não estão preparadas/os para lidar com o atendimento a essas mulheres e são até mesmo hostis com as/os profissionais do serviço, estigmatizando-as/os pela função que desempenham com alcunhas pejorativas. A falta de treinamento também é patente no serviço oferecido pela DEAM, em que a maior parte das/os profissionais entrevistadas/os não realizou qualquer curso de capacitação específico em gênero. Cursos assim são necessários para se tratar situações de violência contra mulheres, que não são apenas fruto de contingências específicas, mas fazem parte de um contexto maior de desnível de poder entre gêneros.

Quanto às representações ligadas à religiosidade, as/os entrevistadas/os, em sua esmagadora maioria, admitiram a religião como uma significativa fonte de valores morais para suas práticas profissionais. As/os funcionárias/os do HRAS não enxergaram/assumiram nenhuma espécie de conflito entre os preceitos defendidos pelo cristianismo e a prática do abortamento que realizam no programa. Ainda, mesmo para aquelas/es que consideram o aborto como injustificável nas demais situações, o abortamento proveniente de estupro possui uma justificativa ética. Essa flexibilização parece indicar a influência da esfera legal para além da religião, ou mesmo um indício de que a atividade exercida por essas/es profissionais demanda justificativas morais que não podem decorrer apenas da moralidade cristã. As profissionais da DEAM entrevistadas apresentaram, em sua maioria, semelhante flexibilização e, da mesma forma, colocam a influência da doutrina cristã em termos de valores vagos como “amor” e “compaixão”. As entrevistadas/os não assumiram em nenhum momento que a religião influa como cerceadora de sua conduta ético-profissional. A exceção foi um policial, que assume que a religião, além de fornecer a base para seus valores morais e éticos, é determinante em sua conduta. Essa postura pode ser nociva no trabalho de orientar corretamente as mulheres que engravidaram em decorrência de estupros, sobre o direito de interrupção da gestação.

As questões relacionadas ao abortamento mostraram que, para uma parte das/os profissionais de ambas as instituições, o aborto proveniente de estupro adquire uma justificativa moral, diferentemente do aborto decorrente de gravidezes nas demais situações. Tal justificativa está relacionada ao imaginário que associa uma aura de “culpa” às mulheres que engravidam por conta de uma relação sexual consensual. A condenação daquelas que abortam clandestinamente está sempre conectada à sexualidade e à responsabilização

exclusiva dessas mulheres pelas falhas contraceptivas. Trata-se de um imaginário que enxerga tais mulheres como irresponsáveis e dissimuladas e que foi reproduzido em diversas entrevistas. Na visão de alguns profissionais escutados, aquelas que engravidam por sua “irresponsabilidade” são as mesmas que simulam terem sido vítimas de violência sexual para realizar o abortamento legal. A desconfiança é tamanha que para uma obstetra, inclusive, as normas para o abortamento legal deveriam ser ainda mais rígidas, com o intuito de barrar as mulheres que são “responsáveis” pela gravidez indesejada. Importante ressaltar que essa não é a concepção de todas/os as/os profissionais, coexistindo nos serviços tais discursos estereotipados sobre as mulheres com discursos mais conscientes da responsabilização masculina, da necessidade de prover um serviço que não culpabilize as mulheres ou promova a desconfiança quanto a seus relatos. Houve ainda discursos que enfatizaram o direito de escolha e a importância da descriminalização do aborto com o intuito de evitar seqüelas e mortes para as mulheres que dele necessitam.

As concepções de algumas/uns das/os profissionais de ambas as instituições com relação ao estupro apareceu também como bastante conservadora. Boa parte das/os entrevistadas/os compartilham do imaginário social da mulher como responsável pela situação que leva à violência, principalmente no ambiente público. Prevaleceu ainda, em ambas as instituições, a visão do agressor como uma pessoa “doente” ou “monstruosa”. Tal imaginário desloca os perpetradores da violência para um “não-lugar” e impede que o estupro seja tratado com propriedade, como um problema inerente de uma sociedade em que existem assimetrias nas relações de gênero. Essa visão transmite para as mulheres a responsabilidade por cuidar de sua segurança e naturaliza a idéia de que o espaço público é intrinsecamente perigoso a elas. Nesse imaginário, a responsabilidade pelo estupro também recai sempre sobre as mulheres, seja por estarem em um local considerado ermo, seja por conta das roupas que vestem ou simplesmente por sua suposta distração. A violência sexual assim é naturalizada ao mesmo tempo em que é invisibilizada, pois é tida mais como um distúrbio patológico do que como um fenômeno concreto e regular.

Conclui-se que as representações das entrevistadas, em sua maioria, não fogem do imaginário social hegemônico sobre o abortamento e a violência sexual, que contribui na perpetuação dos estereótipos de gênero. Uma capacitação adequada, uma sensibilização dos profissionais de outros setores e uma maior atenção da instituição para o programa de aborto legal se fazem necessárias para um atendimento mais humanizado às mulheres. Tal despreparo não deixa de ser um sintoma de um descaso institucional que se reflete inclusive na dificuldade de adesão de novas/os profissionais. Talvez esse descaso seja uma das

explicações para o baixo número de abortamentos realizados pelo serviço desde sua implantação. As mulheres muitas vezes desconhecem o programa, pois desconhecem até mesmo o direito que possuem de realizar o abortamento legal. O que se percebe, no final das contas, é que o debate sobre o aborto no país ainda é apresentado ou como polêmica religiosa ou silenciado, quase nunca debatido como um problema de saúde pública e autonomia reprodutiva. Esse trabalho foi um esforço nesse sentido, de tornar visível o que alguns querem invisível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mario. **Magnitude do Aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa**. Seminário realizado dia 22 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/downloads/mariomonteiro/ipas_ims_seminario_aborto.pdf> Acesso em: 20 de novembro de 2010.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Abortion Worldwide: A decade of uneven progress**. . The Alan Guttmacher Institute. New York and Washington DC, 2009(a). Disponível em: <<http://www.guttmacher.org>>. Acesso em: 14 de dezembro de 2010.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe. The Alan Guttmacher Institute. New York and Washington DC, 2009(b). Disponível em: <<http://www.guttmacher.org>>. Acesso em: 14 de dezembro de 2010.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide**. The Alan Guttmacher Institute. New York and Washington DC, 1999. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org>>. Acesso em: 30 de julho de 2010.

ALEMANY, Carme. Violências. In: HIRATA, Helena. et. al. (orgs). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora UNESP. 2009. p. 271 – 276.

AZEVÊDO, Ana Carolina. Interrupção da gestação prevista em lei: um olhar sobre o vínculo entre médico e mulher neste cenário. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**. n. 14, nov. 2004.

BANDEIRA, Lourdes. Violência sexual, imaginário de gênero e narcisismo. In: BANDEIRA, Lourdes; SUÁREZ, Mireya (orgs). **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1999. p. 353 – 386.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. 9ª. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2008(a).

BRASIL. **Lei nº 9.882 de 3 de dezembro de 1999**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9882.htm> Acesso em: 15 de nov. de 2010.

BRASIL. **Lei nº 12.015 de 7 de agosto de 2009**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm#art2>. Acesso em: 28 de nov. de 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 28 de nov. de 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs. Edição Atualizada.** Brasília: Ministério da Justiça. 2010(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Magnitude do Aborto no Brasil.** Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** 2. ed. atual. e ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005(c).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2008(c).

BONGAARTS, John; WESTOFF, Charles F. The potential role of contraception in reducing abortion. **Studies in Family Planning.** 193-202, setembro/2000.

BRUYN, Maria de. 2003. **La violencia, el embarazo y el aborto.** Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina do Norte: Ipas. 200

CEMICAMP. **O papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU: relatório técnico narrativo final.** Campinas: Cemicamp, 2005. Disponível em: <<http://www.cemicamp.org.br>>. Acesso em 29 de julho de 2010.

CHAUÍ, Marilena. Participando do Debate sobre Mulher e Violência. In: *FRANCHETTO*, Bruna; CAVALCANTI, Maria Laura Viveiros de Castro e HEILBORN, Maria Luiza (orgs). **Perspectivas Antropológicas da Mulher** v.4. São Paulo: Zahar Editores, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 258, de 6 de novembro de 1997**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res25897.htm>> Acesso em 14 de novembro de 2010.

COUTO, Márcia Thereza *et al* . **WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women**. 2004. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/OMS/Folheto%20Viol%C3%Aancia%20%202111021.doc2004>> Acesso em: 5 de dezembro de 2010.

DAMÁSIO, Celuy Roberta Hundzinsky. Aborto: trinta anos de legalização. **Revista Espaço Acadêmico**. Nº 44. Jan. 2005.

DINIZ, Debora. et al. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. **Saúde Coletiva**, Vol. 14, Núm. 5, pp. 1619-1624. setembro/outubro, 2009.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**. pp. 959-966. Rio de Janeiro, 2010.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzalez. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. **Rev.Estud.Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2008000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2010.

DREZETT Jefferson; PEDROSO, Daniela. **Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil. 2008. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/Biografia2008.pdf>> Acesso em: 5 de dezembro de 2010.

FAÚNDES, Aníbal. et. al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, vol.26, no.2. p.89-96, 2004.

_____. II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**. Rio de Janeiro, n. 26, p.134-8, 1998.

FREIRE, Nilcéa; et al. **A Campanha Eleitoral de 2010 e os direitos das mulheres: preconceito, discriminação e intolerância religiosa e sexista**. SPM. Brasília, dez, 2010. (mimeo).

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa: **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Núcleo de Opinião Pública. Outubro de 2001. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/nop/mulheres>. Acesso em: 5 de dezembro de 2010.

GALLI, Beatriz; et. al. **Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2010.

GALLI, Beatriz; GOMES, Edilaine; ADESSE, Leila. Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção. **Informativo eletrônico do IPAS Brasil**. n° 25, set/out 2006. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/set06.html>>. Acesso em: 28 de julho de 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e Queixas: Um estudo sobre Mulheres, Relações Violentas e a Prática Feminista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1993.

GROSSI, Mirian Pilar. Rimando amor e dor: reflexões sobre violência no vínculo afetivo-conjugal. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Mirian Pilar (orgs). **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1998.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

LEITÃO, André Studart. **Sujeito ativo no crime de estupro**. Jus Navigandi, Teresina, ano 4, n. 46, out. 2000. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1038>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Jun. 2004.

MACHADO, Lia Zanotta. **Feminismo em Movimento**. São Paulo: Editora Francis, 2010.

_____. Sexo, estupro e purificação. In BANDEIRA, Lourdes; SUÁREZ, Mireya (orgs). **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1999. p. 297-352.

MACHADO, Lia Zanotta; MAGALHÃES, Maria Tereza Bossi de. Violência conjugal: os espelhos e as marcas. In: BANDEIRA, Lourdes; SUÁREZ, Mireya (orgs). **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1999. p. 173 – 235.

MAIA, Flávia Andrade Seixas. **Mapeamento Molecular e Criminal de Crimes Sexuais em Série no Distrito Federal entre os anos de 1999 e 2009**. Dissertação de Mestrado. Brasília: 2010.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.25, supl.2, 2009. MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MOORE, Henrietta. The problem of explaining violence in the social sciences. In: HARVEY, Penelope; GOW, Peter. **Sex and Violence: issues in representation and experience**. London, New York: Routledge, 1994.

OEA. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção de Belém do Pará. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> Acesso em: 20 de dezembro de 2010.

OLIVEIRA, Marcus Vinícius Amorim de. **O conceito de mulher honesta e a honestidade do sistema punitivo**. Jus Navigandi, Teresina, ano 12, n. 1368, 31 mar. 2007. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/9672>>. Acesso em: 27 nov. 2010.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. **Abortion and women's choice: The state, sexuality and reproductive freedom**. Boston MA: Northeastern University Press, 1990.

PORTO, Maria Stela Grossi. **Crenças, valores e representações sociais da violência**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 250-273.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Cecília; IZUMINO, Wania Pasinato. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil**. Revista Estudios Interdisciplinários de America Latina y El Caribe. Israel: Universidade de Tel Aviv, vol 16, nº 1. 2005. P. 147 – 164.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual**. Brasília: SES/DF. 2008.

SEGATO, Rita Laura. A Estrutura de Gênero e a Injunção do Estupro. In BANDEIRA, Lourdes; SUÁREZ, Mireya (orgs). **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1999. P.387-430.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, suppl.2, 2003.

SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. **Panorama do Aborto Legal no Brasil**. São Paulo: Católicas Pelo Direito de Decidir, 2006.

TENÓRIO, Marta Cristina. **Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual**. In: VILELA, Laurez Ferreira (coord). Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005.

UNITED NATIONS. **Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995**. New York, United Nations. 1996.

UNITED NATIONS. **Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994**. New York, United Nations. 1995.

WESTPHAL, Fernanda Prince Sotero. Reflexões acerca do acesso ao aborto legal no Brasil: Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres *versus* o direito de objeção de consciência dos médicos que prestam serviços pelo sistema único de saúde – SUS. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**. n. 42, set. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. Geneva, World Health Organization, 2003.

_____. **The prevention and management of unsafe abortion.** Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization, 1992.

ANEXO A

Resolução nº 1/96 – Conselho de Saúde do DF



DIÁRIO OFICIAL

do Distrito Federal

ANO XX Nº 91

SEGUNDA-FEIRA, 13 DE MAIO DE 1996

PREÇO: R\$ 0,78

RESOLUÇÃO Nº 1/96-CSDF

O PLENÁRIO DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, em sua quadragésima Segunda Reunião Extraordinária, realizada no dia 30 de abril de 1996, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Regimento Interno, criado pelo Decreto nº 15.442, de 08 de fevereiro de 1994, e considerando o art. 128, incisos I e II do Código Penal Brasileiro, que diz in verbis: Aborto Necessário Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: I - Se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro; II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal; e ainda, considerando que o aborto legal nem sempre é efetivado, em virtude das dificuldades apresentadas para a sua realização na rede pública de saúde; considerando que muitas vezes quando se consegue viabilizá-lo, o tempo decorrido impede a realização do mesmo em função da idade gestacional; considerando que as vítimas destas situações são as mulheres que por sua situação econômica não podem pagar este procedimento a um profissional da iniciativa privada, que o faça com segurança e dignidade, mesmo tendo o direito legal; considerando que o aborto, mesmo que legal, traz uma série de implicações de ordem psíquica e moral, principalmente os decorrentes de estupro, devendo ser resguardada a identidade dessas pacientes, quando de sua realização; considerando que o Hospital Regional da Asa Sul-HRAS é um Hospital Materno-Infantil, localizado no Plano Piloto, de fácil acesso para os habitantes de qualquer cidade do DF; considerando, por fim, que o Estado tem a obrigação de defender e garantir os direitos legais da sociedade como um todo, mas sobretudo das minorias e dos excluídos; RESOLVE: Aprovar a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização de ABORTO, nos casos previstos em lei, no Hospital Regional da Asa Sul-HRAS.

Brasília, 30 de abril de 1996.

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA
Presidente da 42ª Reunião
Extraordinária do CSDF

Homologo a Resolução nº 001/96-CSDF, de 30 de abril de 1996, nos termos do art. 215, § 2º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, de 08 de junho de 1993.

JOÃO DE ABREU BRANCO JUNIOR
Secretário de Saúde

*A Unidade
de Ginecologia
criar o Serviço
Multiprofissional
para a realização
do aborto legal*

HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL
Dr. Carlos Dierke Neto
Diretor

ANEXO B**Rotina de Atendimento à Mulher Vítima de Estupro que Engravidada – CRM/DF****CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL****PROTOCOLO GERAL Nº 02314/96
CONSULTA 0054/96****DATA DE ENTRADA - 16/08/96****ORIGEM - DR. LUCAS CARDOSO VERAS NETO (DIRETOR DO H.R.A.S.).****ASSUNTO - CONSULTA.****HISTÓRICO**

Através do O.E. 47/96, o Sr. Diretor do H.R.A.S. encaminha para apreciação deste Conselho, rotina para atendimento à mulher vítima de estupro que engravidada.

Nesta rotina fica estabelecido que a mulher vítima de estupro que engravidada e deseja abortar é encaminhada à D.E.A.M., que a encaminha ao Instituto Médico Legal. Constatada gestação esta é encaminhada ao H.R.A.S., onde através do S.O.S. mulher é entrevistada por assistente social e psicólogo; é assinada declaração a respeito. O médico do programa toma então ciência do caso e tendo em mãos cópia da ocorrência policial, laudo do I.M.L. e entrevista do Serviço Social providenciará sua internação de imediato, providenciando caso necessário os exames laboratoriais em regime de urgência. O aborto será feito então em regime de urgência. Após a alta o Serviço Social será comunicado para procurar os familiares se necessário e providenciar a remoção. Será fornecido um encaminhamento para o setor de Psicologia do D.E.A.M. para continuidade ao caso. Quando se tratar de menor será exigido pelo H.R.A.S. autorização de um representante legal ou autorização judicial da Vara da Infância e da Juventude do D.F.

O abortamento só se fará quando a gestação tiver até 12 semanas.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.

O Sr. Diretor do H.R.A.S. encaminha ao C.R.M.D.F. para análise, rotinas de atendimento à mulher grávida, vítima de estupro. Caracteriza-se então um direito. Somente esta caracterização é necessária. Para a Organização Mundial de Saúde, aborto é o produto da concepção com menos de 500g ou 20 semanas. Este conceito foi aprovado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria. Ainda que o Código Penal Brasileiro não explicita o período em que uma gravidez possa ser interrompida em decorrência de estupro, entendo que fica implícita a conceituação internacional. Considero a rotina a nós apresentada como ética, concordando com sua implantação.

É O PARECER

Pedro Pablo Magalhães Chacel
 Pedro Pablo Magalhães Chacel
 Conselheiro

Bsb. 28 de agosto de 1996.

PAREREN APROVADO EM RESSAO
 PLENÁRIA DO DIA 02/08/96

[Assinatura]
 CRM - DF

ANEXO C

Fluxograma de Atendimento

Brasília __ de _____ de 2006

Ordem de serviço nº ____/06

O Diretor da Regional Sul de Saúde, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas no Artigo ___ item ___ do Regimento Interno em vigor e:

- considerando o Código Penal Brasileiro, artigo 128, incisos I e II;
- considerando a Norma Técnica de 2005 do Ministério da Saúde, que trata da Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes;
- considerando a Resolução nº 1/96, do Conselho de Saúde do Distrito Federal de 30/04/96, que definiu como hospital de referência para os casos de Aborto Previsto em Lei, o Hospital Regional da Asa Sul;
- considerando a Portaria nº 1508/GM de 1º de setembro de 2005 do Ministério da Saúde que regulamenta essa assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- considerando a necessidade de garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento, segurança adequada para a realização da interrupção de gravidez nos casos previstos em Lei e;
- considerando a necessidade de atendimento multiprofissional, eficaz e nos padrões de humanização preconizados pelo SUS à essa demanda, resolve:

Criar o fluxograma de atendimento às pacientes vítimas de violência que engravidarem e também as que estão com risco de morte com a continuação da gestação.

Fluxograma

1º Passo: A paciente deverá procurar o(a) coordenador(a) do Programa Aborto Previsto em Lei, e na ausência deste(a) procurar o Programa Violeta do Hospital Regional da Asa Sul, a fim de que seja marcado o atendimento médico, e seja solicitada a ecografia gestacional.

2º Passo: A coordenação encaminhará a paciente para ecografia no Setor de Radiologia, com encaminhamento em formulário específico.

3º Passo: Com o laudo confirmando a existência de gravidez, a coordenação marcará atendimento médico, psicológico e social nas respectivas agendas dos profissionais, se possível marcar para o mesmo dia para que a paciente não necessite vir várias vezes ao hospital.

4º Passo: Após os três atendimentos (médico, psicológico e social) será realizada uma reunião na 4ª ou 5ª feira seguinte (pela manhã) para definição do caso, esclarecimento para a paciente e/ou familiares sobre o procedimento e assinaturas correspondentes, caso a opção seja pela interrupção da gestação.

5º Passo: Se a opção for pela interrupção, o(a) coordenador(a) entrará em contato com os dois médicos responsáveis pela internação da paciente, já com a documentação solicitada, quais sejam: abertura de prontuário, declarações, comprovante do resultado das reuniões, ecografia e pedido de exames assinado pelo médico responsável e pareceres médicos, sociais e psicológicos.

6º Passo: Após a internação da paciente, o médico procederá o atendimento conforme preconiza a Norma Técnica do Ministério da Saúde e de acordo com sua avaliação de cada caso (administração de misoprostol, curetagem uterina e/ou aspiração à vácuo – AMIU).

7º Passo: A alta, bem como os procedimentos acima citados, ficarão a cargo do(s) médico(s) do Programa de Aborto Previsto em Lei.

8º Passo: Quando de alta, a paciente já sairá com as consultas de retorno marcadas e orientadas pela referida coordenadora do Programa.

9º Passo: Se necessário, será solicitada uma ecografia no próprio Centro Obstétrico para confirmação de “restos placentários”, antes da curetagem tradicional ou à vácuo, pois daí anulará esses dois procedimentos.

10º Passo: A interrupção da gestação ocorrerá até 20 semanas, segundo recomendações da Norma Técnica do Ministério da Saúde, em casos de estupro.

11º Passo: Nos casos de gravidez por risco de morte para a mulher com a continuação da gravidez, será necessário o relatório médico do hospital ou Centro de Saúde de origem, que deve conter o diagnóstico e a necessidade de interrupção da gestação pelo risco de morte para a gestante. Os demais procedimentos são os mesmos para os casos de interrupção por estupro.

12º Passo: Caso a paciente não esteja grávida, será de qualquer forma encaminhada para o Projeto Violeta para a continuação de atendimento médico, psicológico e social.

ANEXO D

Ato Portaria nº 1.508 de 1º de setembro de 2005

ATO PORTARIA Nº 1.508/GM DE 1º DE SETEMBRO DE 2005.

Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

Considerando que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

- II - tipo e forma de violência;
- III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e
- IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;
- b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e
- d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos assinados por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela

gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.

##ASS SARAIVA FELIPE

ANEXO I

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)
* TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____, brasileira,
_____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____,
nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de
_____ às _____, no endereço _____ (ou
proximidades – indicar ponto de referência) _____,
bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime
de _____ violência _____ sexual, _____ nas _____ seguintes
circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de
aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos
_____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e
outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo/tipo
_____. etc.). -

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

Em caso de agressor (a)(s) conhecido (a)(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação
opcional) _____ sendo
meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou de

relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado)
 O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: _____

 Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

 Profissional de saúde
 Nome, identificação e assinatura

 Profissional de saúde
 Nome, identificação e assinatura

ANEXO II

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrasonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da _____ paciente _____, documento tipo nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico
(assinatura e carimbo)

ANEXO III

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA
GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____
do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de
gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária
_____, portadora do
documento de identificação tipo _____, n° _____, registro hospitalar
n° _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se
encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a
presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE,
de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de
gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

ANEXO IV

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e Data: _____

Nome, identificação e assinatura.

ANEXO V

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____ nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço-o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas 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 doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial .

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura.

Testemunha

Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Nome, identificação e assinatura

De acordo

Assinatura de menor

ANEXO E

Roteiro de entrevista – Profissionais de Saúde

Perfil socioeconômico

Sexo:

Idade:

Cor/Raça:

Estado Civil:

Nível e área de formação (graduação, residência, pós-graduação):

Cargo/categoria:

Experiência profissional no programa de abortamento legal

Trajetória profissional anterior

Cargo e responsabilidades no programa

Realizou algum curso de qualificação para o exercício de sua função

Como chegou ao programa

Há quanto tempo trabalha no programa

Por que resolveu trabalhar no programa

Como define sua relação com as pacientes

Como define sua relação com os outros profissionais de saúde no hospital

Problemas e desafios enfrentados no serviço

Vivencia conflitos de foro íntimo e moral

Representações sobre o abortamento e a violência sexual

Qual a sua opinião sobre o aborto clandestino

Qual a sua opinião sobre o aborto permitido por lei

O que pensa das mulheres que abortam clandestinamente

O que pensa das mulheres que abortam após sofrer violência sexual

Por que acha que as mulheres procuram o serviço de aborto legal

Quais as principais causas da violência sexual

Quais as principais consequências da violência sexual

Legislação

Em que condições o abortamento é permitido por lei

Em que condições o abortamento deveria ser permitido por lei

Conhecimento dos procedimentos e técnicas

Quais os procedimentos e técnicas mais indicados na realização do abortamento legal

Quais os procedimentos e técnicas utilizados pelo programa

Religião e religiosidade

Possui formação religiosa

É praticante de alguma religião

Acredita que sua formação religiosa influencia em sua prática profissional

Acredita que a formação religiosa dos demais profissionais tem alguma influência em sua prática profissional

Espaço para outras observações:

ANEXO F

Roteiro de entrevista – Profissionais da Segurança Pública

Perfil socioeconômico

Sexo:

Idade:

Cor/Raça:

Estado Civil:

Nível e área de formação (graduação, residência, pós-graduação):

Cargo/categoria:

Experiência profissional no atendimento às mulheres vítimas de violência

Trajetória profissional anterior

Como chegou ao serviço

Cargo e responsabilidades na delegacia

Realizou algum curso de qualificação para o exercício de sua função

Por que resolveu trabalhar nesta função

Há quanto tempo trabalha com mulheres que sofreram violência sexual

Como define a relação com as mulheres que procuram a DEAM

Como define a relação com os outros profissionais na delegacia

Problemas e desafios enfrentados no serviço

Vivencia conflitos de foro íntimo e moral

Representações sobre o abortamento e a violência sexual

Qual a sua opinião sobre o aborto clandestino

Qual a sua opinião sobre o aborto em casos de estupro

O que pensa das mulheres que abortam clandestinamente

O que pensa das mulheres que abortam após sofrer violência sexual

Por que acha que as mulheres procuram o serviço de aborto legal

Quais as principais causas da violência sexual

Quais as principais consequências da violência sexual

Legislação

Em que condições o abortamento é permitido por lei

Em que condições o abortamento deveria ser permitido por lei

Conhecimento dos procedimentos

Quais seriam os procedimentos mais indicados no atendimento às mulheres vítimas de estupro que procuram a DEAM

Quais os procedimentos utilizados no atendimento dessas mulheres na DEAM

Religião e religiosidade

Possui formação religiosa

É praticante de alguma religião

Acredita que sua formação religiosa influencia em sua prática profissional

Acredita que a formação religiosa dos demais profissionais da DEAM tem alguma influência em sua prática profissional

Espaço para outras observações:

ANEXO G

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um projeto intitulado “Assistência ao abortamento legal em Brasília: experiências e representações de profissionais da saúde e da segurança pública”. O estudo propõe uma investigação exploratória sobre o atendimento e a assistência prestada às mulheres vítimas de violência sexual que procuram o serviço de abortamento legal em Brasília-DF com foco nas experiências e nas representações sobre o abortamento e a violência sexual por parte das/os profissionais envolvidas/os no atendimento a essas mulheres. As/os profissionais em questão são médicas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os que trabalham no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), além de funcionárias/os da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), ambas as instituições localizadas em Brasília-DF.

A pesquisa tem o objetivo de descrever a qualidade/tipo do atendimento e da assistência fornecida às mulheres que engravidam em decorrência de violência sexual e que decidem pelo processo de abortamento, além de conhecer e analisar as representações e práticas dos profissionais envolvidos no atendimento ao abortamento legal em Brasília-DF, relacionando-as. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder no Hospital Regional da Asa Sul na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de 40 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão apresentados em monografia redigida para conclusão de curso de graduação em Sociologia na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Os registros que o/a identificam serão acessíveis apenas à pesquisadora. Seu nome não aparecerá em nenhum documento de pesquisa.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone a qualquer momento para Lourdes Maria Bandeira, no telefone profissional: (61) 3307-2389. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____