

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**ABORTO LEGAL E ESTIGMA:
BARREIRAS PARA O ACESSO AO DIREITO DENTRO DAS REDES DE
ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

MARINA SARTORI MORELI

BRASÍLIA
2015

MARINA SARTORI MORELI

**ABORTO LEGAL E ESTIGMA:
BARREIRAS PARA O ACESSO AO DIREITO DENTRO DAS REDES DE
ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**Trabalho de conclusão de curso do departamento de
Serviço Social. Graduação em Serviço Social na
Universidade de Brasília. Professora e orientadora: Dra.
Debora Diniz**

BRASÍLIA

2015

MARINA SARTORI MORELI

ABORTO LEGAL E ESTIGMA:
BARREIRAS PARA O ACESSO AO DIREITO DENTRO DAS REDES DE ATENDIMENTO
A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Trabalho de conclusão de curso do departamento de Serviço Social. Graduação em Serviço Social na Universidade de Brasília. Professora e orientadora: Dra. Debora Diniz

A candidata foi considerada _____ pela banca examinadora.

Profª Doutora Debora Diniz

Orientadora

Mestranda Sinara Gumieri Vieira

Membro

Profª Mestra. Priscilla Maia

Membro

Brasília, 14 de julho de 2015.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha orientadora, professora Debora Diniz. Por toda a dedicação, atenção e paciência, principalmente nos momentos de angústia. Seu trabalho como leitora-ouvidora foi de grande valia para desenrolar da monografia e para o meu amadurecimento intelectual. Seu modo de orientar é enriquecedor e instigante, ele foi o motor do trabalho.

Agradeço também a minha irmã, Gabriela Sartori, pelas rodas informais de discussão. Nelas foi possível o despertar de ideias, sejam elas errôneas ou assertivas, mas que me ajudaram a desenvolver o pensamento e revelaram críticas que eu deveria me fazer. Agradeço a Luiza Stawiarski, minha colega de graduação e vida, por todo o apoio e troca de conhecimento ao longo desses quatro anos e meio.

O processo de escrita e orientação foi estruturado em uma dinâmica de grupo, estando comigo nessa jornada mais um aluno e uma aluna, ambos do Serviço Social. Reconheço a importância deles nesse trabalho, ao Marcus Silva agradeço pelas dicas sábias e suporte quando mais precisei, ele foi solene para o meu despertar do capítulo 1. Agradeço também a Deysi Bomfim, pois com ela compartilhei tensões quanto a prazos, além de apreensões que somente o momento como escritora proporciona em nossas trajetórias acadêmicas.

Agradeço a professora Priscilla Maia e a Rosa Stein por terem permitido que esse trabalho tenha sido orientado pela professora Debora Diniz. Agradeço também as doutoras pesquisadoras Vanessa Canabarro Dios, Miryam Mastrella e ao doutor e pesquisador Alberto Pereira Madeiro que juntas a Debora Diniz, me cederam a pesquisa na qual o trabalho foi embasado. Agradeço a Sinara Gumieri e novamente a Priscilla Maia por comporem a banca examinadora.

Por fim, os agradecimentos são direcionados a minha mãe Ana Sartori e meu padrasto Marcos Joaquim, por terem sido tolerantes quando eu esgotava palavras ao falar sobre meu tema e por terem me incentivado em investir nos meus sonhos e lutas. Eles são responsáveis por tudo que sou e o reflexo disso está presente em cada palavra desse trabalho.

RESUMO

Este trabalho analisa como o estigma interfere nas atuações dos profissionais responsáveis pelo procedimento do aborto legal requisitados em caso de violência sexual. No Brasil o aborto ilegal representa um dos maiores índices de morbi-mortalidade de mulheres, ele é realizado de maneira segura somente em alguns casos, trata-se de uma política restritiva de acesso. As barreiras para o acesso transcendem os limites da ilegalidade, mesmo nos casos legais elas são muitas. Existem vários fatores para a recusa profissional de atendimento, neste trabalho o estigma é o motor para as barreiras apontadas. A metodologia utilizada é de pesquisa qualitativa com questionários semiestruturados realizados com dezenove assistentes sociais de serviços de referência das cinco regiões do país. A pesquisa qualitativa foi primordial para desenrolar a temática, por possuir abordagem que pretende a aproximação da realidade e por responder questões extremamente particulares. Identificamos através do campo que a violência sexual é alvo de preconceitos fixados na sociedade patriarcal e que assombra a mulher vítima de estupro dentro das redes de atendimento, expondo-a a uma constante vigilância. O campo também revelou que o estigma, com foco de luz especial nos níveis governamental/estrutural e organizacional/institucional, é vetor para desatenções e recusas de atendimentos. O estigma é capeado por falas que demonstram a falta de confiabilidade na história contada pela mulher vítima de violência sexual ou por alegações de objeção de consciência profissional. O estudo revela que os agravos relacionados à negação ao aborto são indício de que existe a necessidade de mudar o paradigma do aborto legal para um direito de saúde.

Palavras chave: aborto legal, estigma, redes de atendimento.

ABSTRACT

This paper examines how stigma affects the performances of the professionals responsible for the legal abortion procedure required in cases of sexual violence. In Brazil the illegal abortion is one of the highest rates of morbi-mortality among women, it is done safely only in some cases, it is a restrictive access policy. Barriers to access transcend the boundaries of illegality, even in the legal cases they are many. There are several factors for professional refusal of care, this work stigma is the engine for the identified barriers. The methodology used is qualitative research with semi-structured questionnaires conducted with nineteen social workers of reference services of the five regions of the country. Qualitative research was essential to unwind the theme, for possessing approach that seeks the approximation of reality and respond extremely particular issues. We identified through the field that sexual violence is prejudices target set in the patriarchal society and that haunts the women victims of rape within the service networks, exposing it to constant vigilance. The field also revealed that stigma, focusing particularly light in government/structural and organizational/institutional levels, is to oversights and vector calls denials. Stigma is capped by lines that demonstrate the lack of reliability in the story told by the women victims of sexual violence or allegations of professional conscientious objection. The study found that health problems related to denial to abortion are evidence that there is a need to change the paradigm of legal abortion for health law.

Keywords: legal abortion , stigma, care networks.

LISTA DE SIGLAS

PNA- Pesquisa Nacional do Aborto

ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

BO - Boletim de Ocorrência

CIPD - Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento

SEGETS - Secretária de Gestão do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
Capítulo 1	10
ABORTO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	10
<i>1.1 O aborto em face.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2 O aborto inseguro e o aborto legal</i>	<i>11</i>
<i>1.3 O Aborto legal: uma questão de saúde pública sendo regida pelo Código Penal.....</i>	<i>13</i>
<i>1.4 Composições da equipe e os procedimentos para o acesso</i>	<i>16</i>
Capítulo 2	18
VIOLÊNCIA SEXUAL, PERPETUAÇÃO DO ESTIGMA E A (NÃO) PRÁTICA DO ABORTO LEGAL.....	18
<i>2.1 Violência sexual : traços da desigualdade de gênero</i>	<i>18</i>
<i>2.1.1 O estupro, uma expressão perversa da violência sexual.....</i>	<i>19</i>
<i>2.2 O que é estigma e como ele interfere nas práticas de aborto legal decorrentes de violência sexual?</i>	<i>21</i>
Capítulo 3	27
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
<i>3.1 Apresentação da pesquisa e delimitação do universo da pesquisa</i>	<i>27</i>
<i>3.2 Cuidados éticos.....</i>	<i>29</i>
Capítulo 4	30
ANÁLISE DO DISCURSO DAS ENTREVISTADAS, O ESTIGMA ESCONDIDO.	30
<i>4.1 Perfil das entrevistadas.....</i>	<i>30</i>
<i>4.2 O estigma escondido</i>	<i>31</i>
<i>4.3 Considerações finais.....</i>	<i>36</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUÇÃO

O aborto pode ser definido como uma questão de saúde pública, direitos humanos das mulheres ou como ato passível de pena e criminalização. Desse modo ele possui definições diferentes, a depender do campo tratado. Podendo ser definido por categorias profissionais, religiões e movimentos sociais. Do ponto de análise da medicina ele é caracterizado pela interrupção da gestação, seja de maneira voluntária ou não. Já para o movimento social feminista, ele é marcado pela posse da mulher sobre o seu próprio corpo, em que cabe a ela – e não ao Estado- decidir se quer ou não continuar em uma gestação. São sobre essas duas perspectivas que esse trabalho se desenvolve. No Brasil o aborto é permitido para alguns casos, como quando existe o risco de morte da mulher, quando a gravidez é resultado de violência sexual e quando existe gravidez de feto anencéfalo. Nos demais casos o procedimento é ilegal e por isso expõem milhares de mulheres a agravos de saúde mental e física. O aborto seguro, ou legal, é realizado em unidades de atendimento de saúde, já os inseguros são realizados em clínicas clandestinas.

Mesmo o aborto sendo legalizado, existem barreiras invisíveis que travam a prática e o direito das mulheres. Esses impedimentos são apontados como hipótese preliminar, por esse trabalho, como resultado do estigma em torno da mulher vítima de violência sexual e que pretende abortar. Para estudar a hipótese mencionada o título vincula categorias chaves para o desdobramento do trabalho. São elas: aborto legal, estigma, violência sexual, direito negado e redes de atendimento ao aborto legal.

O trabalho é organizado em 4 capítulos para a melhor compreensão do leitor. Primeiramente, ele aborda o conceito de aborto. Para tanto, são apresentados alguns significados da palavra. Dessa maneira a palavra aborto vai sendo desenhada a partir de pontos de análise distintos. Por vezes ele atravessa um percurso permeado de valorações morais, mas encontra também sinônimo em dizeres da perspectiva dos direitos humanos e feministas. É sobre esse prisma que o trabalho se desenrola. O aborto é então tido como uma questão de saúde pública, os subtítulos do capítulo 1 explicam essa perspectiva e fazem a devida diferenciação entre aborto legal e inseguro. O capítulo 1 instiga o leitor a desvendar os mecanismos que o aborto legal atravessa no Brasil.

No capítulo 2 o objetivo é alocar a violência sexual como uma violência de gênero, além de ser um crime às avessas no território nacional. A violência sexual é cometida de forma esmagadora com mulheres e ainda assim a mulher, por vezes, é subjugada como culpada do ato.

Essa perversidade da violência é explicada passo a passo para que a verdade sobre esse crime seja remontada. Esse capítulo conta com subtítulos que explicam o que é o estupro e como dele surgem os preconceitos e estigmas da cultura vigente. O fechamento desse capítulo ocorre com a exposição do preconceito, estigma, violência, pessoas vitimadas e profissionais que irão atuar com essas situações. Os profissionais aqui mencionados fazem referência aos profissionais das redes de atendimento ao aborto legal. Esse capítulo introduz a pesquisa que faz o fechamento do estudo.

Dessa maneira, anterior à exposição da pesquisa, o capítulo 3 é dividido por tópicos que delimitam o espaço da pesquisa e os procedimentos éticos. O capítulo 4 possui grande magnitude para o trabalho, nele é apresentado o perfil das entrevistadas e também a análise da narrativa dessas profissionais. Dessa maneira, são expostas falas de assistentes sociais que junto a categorias teóricas utilizadas em capítulos anteriores apresentam o estigma vivo na atuação da equipe de saúde. Ressalta-se que a pesquisa utilizada remonta o cotidiano dos atendimentos ao aborto legal e observa minimamente onde o estigma está escondido, apesar de falas não diretas a essa categoria.

Capítulo 1

ABORTO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

1.1 O aborto em face

O aborto é uma prática permeada de preconceitos, por isso sua definição não se torna uma tarefa fácil. Entretanto, ao ver da descrição fisiológica ele consiste na interrupção, espontânea ou não, da gestação. A parada do processo embrionário gera polêmicas e expectativas nos diversos segmentos sociais e daí surgem as diferentes objetividades sobre o tema. A autora Danda Prado pondera variadas concepções sobre o aborto, englobando entre elas a definição baseada no dicionário francês *Petit Robert* de 1970 que dizia,

“Abortamento: Ação de abortar. I Méd.: expulsão do feto antes do tempo natural (mau sucesso) ou provocado. Vulg.: **interrupção** provocada e **clandestina de uma gravidez**. O abortamento é punido por lei. Sartre: “ Um abortamento não é infanticídio, é um assassinato metafísico”” (PRADO, 1991, p.10, grifo meu).

A concepção exposta é recheada de valores tendenciosos que criminalizam a prática e a mulher. Entre essas variações de textualidade sobre o aborto, a medicina aloca o termo como uma perspectiva pouco menos conservadora, nas palavras de Danda Prado,

“Abortamento é o termo correto, impregnado pelos médicos. Aborto é uma corruptela da palavra, de uso corrente, e a definição obstétrica do abortamento é: a perda de uma gravidez antes de o embrião e posterior feto (até à 8ª semana diz-se embrião, a partir da 9ª semana, feto) seja potencialmente capaz de vida independente da mãe” (PRADO, 1991, p.11).

Já sob o prisma do feminismo, Prado diz,

“O aborto é uma das maneiras de evitar um nascimento não desejado, e evidentemente só se recorre a ele quando a gravidez não pode ser evitada. Ora, a consequência da proibição do aborto é suprimir um dos meios de evitar os nascimentos não desejados, quer dizer, limitar a possibilidade para as mulheres de controlar sua reprodução (e, portanto de serem donas do seu próprio corpo, do seu destino)” (PRADO, 1991. p 81).

A ótica do movimento feminista sobre o aborto se reflete na luta das mulheres pelos seus direitos. É uma perspectiva que observa o aborto como um ato desmistificado de preconceitos e que possui raízes nos direitos humanos.

1.2 O aborto inseguro e o aborto legal

O aborto inseguro é a prática do aborto em sua face não prevista em lei. A conjuntura do aborto ilegal ou inseguro permeia e assombra as práticas e não práticas do aborto legal. O aborto ilegal será usado como sinônimo de inseguro neste trabalho, pois essa clandestinidade e ilegalidade faz do aborto uma prática nociva à saúde da mulher, por isso o adjetivo inseguro. Trata-se de uma prática que está presente na vida de milhares de mulheres em silêncio, expondo-as a riscos de vida. Segundo Sara Sorrentino,

“Quando realizado sob condições precárias - por pessoas sem a necessária capacitação e/ou em ambientes que não apresentem os mínimos padrões sanitários -, o aborto geralmente causa sequelas à saúde da mulher e, muitas vezes, sua própria morte. Diante da constatação de que essas mortes e danos à saúde das mulheres são evitáveis, uma importante questão que precisa ser considerada é a descriminalização do aborto” (SORRENTINO, 2002).

Dessa maneira, além do aborto inseguro expor mulheres a danos físicos e psicológicos é notado que há um recorte de classe, onde a precariedade de acesso a recursos atinge principalmente aquelas mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 19) em um estudo sobre a Mortalidade Materna e Internações Hospitalares no Brasil, de 2003 a 2006, “o aborto inseguro é uma das causas de mortalidade materna entre adolescentes e jovens e atinge, principalmente, as jovens pobres que sofrem mais dramaticamente as consequências da deficiência na assistência obstétrica e do impacto das condições de vida no estado de saúde”. A prática insegura do aborto recaí sobre as mulheres de maneiras distintas, principalmente quando o maior poder aquisitivo é prerrogativa. Entretanto em ambos os casos, o aborto inseguro é o fragmento de incompletudes dos direitos humanos, onde por consequência de não acessos e garantias também viola os direitos reprodutivos e sexuais. Por isso, tratar de aborto no Brasil implica resgate histórico sobre os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que esses direitos dimensionam a vontade individual das pessoas se reproduzirem além do anseio em manifestar sua sexualidade livremente. Sobre os direitos reprodutivos, sua concepção foi formada ao longo de anos através de

conferências internacionais como a CIPD¹, dela surgiu o Programa de Ação do Cairo. Segundo esse documento,

“[...] os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos” (CIPD, 1994).

Esse tipo de concepção empodera a mulher como sujeito de suas escolhas, o reconhecimento dos direitos reprodutivos permite que a mulher faça a escolha sobre a quantidade de filhas (os) que terá ou se as (os) terá. Os direitos sexuais dizem respeito à sexualidade livre de pressuposto. Ou seja, sem temer preconceitos o indivíduo pode, por exemplo, expressar seus anseios como a relação sexual autônoma, sem ser necessariamente para a reprodução. Diante desses avanços legais, a mulher ganha representatividade dentro da sociedade, mas por outro lado esses direitos são estagnados quando deparados com o anseio ao aborto. Quando deparada com a situação da gravidez não desejada os direitos reprodutivos nem sempre são garantidos, sendo até mesmo violados. Esses direitos compõem o cenário político e social do aborto legal na contemporaneidade. Conforme a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993), ratificada pelo Brasil, estabelece “os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana”.

A conjuntura do aborto ilegal ou inseguro permeia e assombra as práticas e não práticas do aborto legal. Este é caracterizado pelo ato permitido em lei no Brasil. Entretanto, o aborto é tratado pelo Código Penal (BRASIL, 1940), ainda vigente, como crime contra a vida e por isso são atos passíveis de pena que apontam detenção para a gestante ou por um terceiro que realiza esse ato, conforme sugerem os artigos 124 aos 128 do Código referido².

¹ CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo em 1994.

² Código Penal (BRASIL, 1940). **Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento**

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos. **Parágrafo único.** Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência forma qualificada.

O aborto é tipificado em dois casos permissivos que devem ser executados por médicos, eles estão expressos no artigo 128 do Código Penal de 1940. O aborto é permitido ou legal quando não há outra forma de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez é decorrente de estupro. Entretanto, há jurisprudência, como a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº54 que autoriza o aborto em caso de feto anencéfalo. Essa decisão do STF não descriminaliza o aborto, mas ultrapassa a norma de repressão à delicto, e se ressignifica em ação de aborto seguro. Por isso, no total o aborto é autorizado no Brasil em três situações: quando existe risco para a vida da mulher, quando a gravidez é resultado de violência sexual e quando a gravidez é de feto anencéfalo. O direito ao aborto legal não se restringe apenas ao ato do aborto, é uma questão que envolve aspectos da coletividade, por exemplo, a garantia aos direitos sexuais e reprodutivos além das garantias mínimas de saúde. São passos da jornada da conquista, são feitos de equidade.

1.3 O Aborto legal: uma questão de saúde pública sendo regida pelo Código Penal

Segundo Loureiro e Vieira (2004, p. 680), "todos os países do mundo desenvolveram regulamentações legais próprias para a prática do aborto". No Brasil, como já dito, o aborto é tratado pelo Código Penal (BRASIL, 1940) como crime contra a vida. O percurso histórico foi traçado por ações severas de penalidades até a recente ampliação dos direitos através da democracia. No mundo, as legislações que regem o aborto evidenciam o contexto das mulheres dentro da sociedade, além de refutarem como são as estruturas socioeconômicas e ideológicas do país (PRADO, 1991). O Brasil passou por mudanças históricas quanto ao regime político, tendo como principal marco a redemocratização. Houve então, mudanças a respeito do aborto. Mas essas mudanças se referem principalmente na visibilidade do tema, na atuação de atores políticos e sociais e na ampliação do debate (ROCHA, 2006).

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário 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.

O Código Penal de 1940 é alvo de controvérsias, pois ele oscila entre o direito redigido e o direito na prática. As legislações são fruto do interesse do Estado, a cargo das razões político-demográficas. Por isso há a nitida separação entre a legislação sobre o aborto e o aborto de fato (PRADO, 1991). Esse fator de ambiguidade entre a lei e os interesses dominantes expõem à ilegalidade as mulheres grávidas que não desejam a gestação e que por direito poderiam interrompê-las. Apesar da legalidade do artigo 128 a prática concreta não era realizada até 1989. As mulheres, que diante da lei, poderiam ter acesso ao aborto legal durante cinquenta anos não encontravam serviços públicos que realizassem esse procedimento. Como mostra as autoras Rosângela Aparecida Talib e Maria Teresa Citel,

“No Brasil, o Código Penal de 1940, ainda vigente, só não pune o aborto praticado por médicos nos casos de “aborto necessário” se não há outro meio de salvar a vida da gestante e “aborto sentimental” no caso de gravidez resultante de estupro – precedidos de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. No entanto, apesar desse permissivo legal, durante cinco décadas as mulheres que se enquadravam nesses casos não dispuseram de atendimento público gratuito nos serviços de saúde, que só começou a ser implantado a partir de 1989” (TALIB, Rosângela; CITELI, Maria, 2005. p.11).

Dessa maneira, no âmbito legal a prática do aborto possui contradições e restrições que se materializam na vivência das mulheres e na negligência de atendimentos de saúde pública. Entretanto, apesar do distanciamento entre a lei penal e as urgências da saúde da mulher, o Estado brasileiro reconhece de maneira tímida a necessidade de tratar o aborto como questão de saúde pública ao invés de tratá-lo como espaço privado de moral e crença. Por isso, além da regulamentação posta pelo Código Penal, o aborto legal tem sido uma prática regulada por políticas e normas públicas. Elas são fruto de conquistas dos direitos humanos e das mulheres, além da previsão em conferências internacionais. Atualmente, os efeitos dos procedimentos clandestinos indicam como a prática insegura pode refletir na saúde da mulher. Os resultados impactantes de morte e falência de órgãos em mulheres apontam para a necessidade de reconhecimento do problema pela saúde pública. As políticas públicas de aborto legal integram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

“No Brasil, anualmente temos uma média de duzentos e cinquenta mil internações por abortamento, a maioria deles inseguros, no Sistema Único de Saúde. O Estado tem o dever e a obrigação de cumprir a lei, oferecendo serviços de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo o aborto legal, que é garantido pelo Artigo 128 do Código Penal Brasileiro. Entende-se que é dever do Estado propiciar a essas mulheres esse direito, não importa se num determinado hospital os médicos não queiram

realizar esse serviço, o gestor deve encontrar uma solução para o problema. Os médicos, pelo Código de Ética Médica, têm o direito de se recusar a realizar um aborto em qualquer situação, mas o Estado não tem o direito de se omitir na garantia do direito ao acesso” (ARAÚJO, 2005, p.07).

Apesar de ainda não ter alcançado a legalização total e ampliação do acesso, é um assunto recorrente em meios políticos. Por exemplo, com vistas a reduzir o número de mortes e humanizar os procedimentos de saúde, o Ministério da Saúde através da Área Técnica de Saúde da Mulher elaborou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005), o objetivo dessa norma é capacitar profissionais a lidarem com nuances da saúde da mulher. Em torno da prática do aborto existem muitas valorações morais e religiosas, que afligem os profissionais que lidam diretamente com o procedimento. Dessa maneira as ações são pautadas e espelhadas no estigma, fator que desencadeia em negação de atendimento e acesso. Por isso esse tipo de iniciativa estatal reconhece as brechas e dificuldades que os atendimentos possuem e como eles podem impactar de maneira negativa sobre as mulheres e por isso há a busca pela atenção humanizada. No âmbito das políticas e normas técnicas, as investidas do Estado se englobam na afirmação dos direitos com recorte de gênero, conforme afirma Maria Araújo.

“O Ministério da Saúde elaborou a sua Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo como um dos objetivos a atenção às mulheres e às adolescentes vítimas de violência, em parceria com a área de adolescentes e jovens. Dentro desse programa temos várias ações. São ações que incluem um processo educativo, como capacitação dos profissionais de saúde, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho (SEGETS), que orienta a formação dos profissionais do SUS. Apoiamos os municípios com projetos para formação das redes integradas de atenção à violência sexual contra adolescentes e mulheres” (ARAÚJO, 2005, p. 08).

O debate sobre o aborto seguro demonstra a necessidade latente de ser consolidado um direito democrático e que tenha seu foco no respeito e reconhecimento dos direitos das mulheres (BARSTED, 2005). O Estado brasileiro através de seus órgãos gestores elaborou inúmeras medidas que pretendem a atenção às mulheres. Por exemplo, o Ministério da Saúde produziu a Política Nacional de Atenção Integral à Violência. O programa é constituído por segmentos de ações que incluem o processo educativo, capacitação dos profissionais de saúde, além do vínculo com a Secretária de Gestão do Trabalho (SEGETS) que orienta a formação dos profissionais do SUS (ARAÚJO, 2005). São passos para o alcance da cidadania da mulher, visando uma sociedade mais democrática e menos sexista. O Ministério da Saúde regulamentou também uma

lei que exige a notificação nos casos de violência contra mulheres no Sistema de Saúde (ARAÚJO, 2005).

Outra medida governamental autorizada pelo Ministério da Saúde é o fornecimento e distribuição de contracepções de emergência, a iniciativa foi dada pelas Normas de Planejamento Familiar (BRASIL, 1996) com vistas à diminuição de gravidezes não planejadas e por isso diminuindo, por consequência, o número de abortos. Segundo o Relatório Final do Projeto de Avaliação da Distribuição da Contracepção de Emergência nos Municípios de São Paulo,

“ Disponibilizar a contracepção de emergência neste contexto, facilitando seu acesso em serviços básicos de saúde, ao mesmo tempo, poderá reduzir de modo considerável o número de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, ser importante meio para a diminuição de abortos, incluindo os realizados na ilegalidade; além de pôr à disposição das mulheres o exercício de ainda não tão bem reconhecido nem estabelecido que seja o dela tomar a de decisão regular de sua prole” (Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São, 2008, p. 4).

1.4 Composições da equipe e os procedimentos para o acesso

O procedimento do aborto legal é realizado em unidades de saúde pública. As redes de atendimento ao aborto legal possuem respaldo de atuação em normas já exploradas na sessão anterior, como por exemplo, Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e Atenção Humanizada ao Abortamento. As equipes possuem composição multidisciplinar, com profissionais de medicina, enfermagem, técnico em enfermagem, serviço social e psicologia. Todas as categorias profissionais realizam o acolhimento das mulheres que requerem esses serviços.

A porta de entrada para o preenchimento do prontuário e pré-procedimento é o setor de Serviço Social da unidade de saúde. Nos casos de violência sexual, as mulheres podem chegar ao hospital sem ter ido antes à delegacia ou chegarem indicadas pelos serviços policiais. Caso tenham ido ao hospital direto, o contato inicial é na recepção, lá elas informam o que procuram na área hospitalar. É encaminhada então para o Serviço Social, nesse setor a mulher expõe os motivos pelos quais ela está nesse serviço, nesse momento as (os) assistentes sociais explicam os caminhos que ela pode recorrer no caso de gravidez decorrente de violência sexual e nos demais casos. Se ela for vítima de violência sexual ela pode optar pelo aborto ou ter acompanhamento pré-natal para depois decidir se a criança irá ou não para o processo de adoção.

O acompanhamento psicológico é feito, geralmente, junto ao serviço social. São duas categorias profissionais que acompanham a mulher em todas as etapas. Durante a entrevista com assistentes sociais e psicólogos, são datadas o local e data e da última menstruação, por exemplo. Após esses primeiros passos, a mulher é encaminhada para exames ginecológicos e ecográficos. A composição multidisciplinar é de fundamental importância em todas as etapas, a (o) obstetra, por exemplo, realiza o procedimento do aborto. Ela (o) também avalia a idade gestacional através da ecografia, pois o aborto legal é válido somente até a vigésima semana de gestação. Após esse procedimento é verificado se os dados fornecidos pela mulher estão em comum acordo com os exames realizados pelas (os) médicas (os). As (os) enfermeiras (os) são profissionais que lidam no acolhimento direto com a mulher, auxiliam o médico e prestam todo tipo de serviço de cuidados.

Ressalta-se que os procedimentos avaliativos quanto a veracidade da violência sexual são procedimentos conflitantes com a lei impressa, uma vez que para o acesso ao aborto legal não é necessário nenhum tipo de comprovação policial e nem médica, a palavra da mulher deveria possuir poder suficiente para que o procedimento fosse realizado. Entretanto, os conflitos morais dos profissionais se refletem em atuações avaliativas e punitivas nesses casos. Nas palavras de Jorge Neto (2005, p. 04), “quanto aos documentos para a realização de um aborto legal, o Código Penal não diz que precisa de um boletim de ocorrência e nem de uma autorização judicial. Então é perfeitamente possível que o serviço de saúde atenda imediatamente mulheres em situação de estupro”. A equidade não é assegurada nos atendimentos, uma vez que para casos de risco de vida da gestante ou do bebê os atendimentos são frequentemente atendidos, ainda com Jorge Neto,

“É preciso que os médicos e serviços de saúde atendam adequadamente em todas as cinco situações de abortamento: por razões legais, razões médicas, os abortos incompletos, os abortos infectados ou sépticos e os abortos por anomalia fetal. Esta última, que são os abortos voluntários por solicitação da mulher, é que ainda no Brasil não há uma legislação definida” (NETO, 2005, p. 04).

Desse modo, as ações divergentes dos profissionais se fundamentam em valores morais e dissipam entre as mulheres que abortam e a sociedade as marcas para a discriminação. O aborto legal ocasionado pela violência sexual não possui a mesma interpretação que os demais abortos permitidos pela lei. Ambos se encontram no limiar da moral e da lei, entretanto um, mais que o outro, é repudiado.

Capítulo 2

VIOLÊNCIA SEXUAL, PERPETUAÇÃO DO ESTIGMA E A (NÃO) PRÁTICA DO ABORTO LEGAL

2.1 Violência sexual : traços da desigualdade de gênero

A violência sexual é um conceito que envolve definições diversas, entretanto há um ponto em comum para a formação do conceito. Esse ponto em comum se refere ao ato sexual não consentido. Entretanto, as divergências e multidisciplinaridades ocorrem devido ao escopo do âmbito em que ele é discutido, por exemplo, perante a lei, movimentos sociais e famílias de vítimas. A definição aqui preferida possui derivação no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que diz que a violência sexual é definida como qualquer tentativa ou ato sexual concreto. Podendo ocorrer também, através de comentários ou insinuações indesejadas, prática de tráfico ou outra forma de coagir a pessoa a atos sexuais. As ações ocorrem por desconhecidos ou por pessoas próximas a vítima e não se restringem a cenários desconhecidos, podendo ocorrer dentro de casa. A coerção não se delimita apenas a força física, ela pode acontecer em níveis e graus de força diferentes, se resignificando em danos psicológicos, chantagem e ameaças, por exemplo. Ocorre também, quando a pessoa vitimada não é capaz de expressar seu consentimento, ou seja, ela pode estar sob efeito profundo de entorpecentes ou ser/estar mentalmente incapaz de compreender a situação. A violência sexual inclui o estupro, esse tipo criminal não é limitado à penetração da vagina ou ânus com o pênis, ele é identificado como a penetração forçada de qualquer outra parte do corpo ou objeto (JEWKES; SEN; MORENO, 2002).

No Brasil as violências sexuais são substancialmente maiores com mulheres, segundo Faúndes e Bedone (2007, p. 465) “A violência sexual contra mulheres é uma questão histórica e cultural. Afeta crianças, adolescentes e mulheres adultas, independente de cor, religião, etnia, nacionalidade, opção sexual ou condição social”. Essa violência será abordada como uma violência marcada pelas desigualdades entre os gêneros. Ressalta-se que essa categoria possui significados em vários ramos das ciências. Por isso existem diferenças significativas quanto a sua apropriação, neste trabalho seu significado possui raízes na concepção do movimento social feminista, cuja delimitação foi também utilizada pelo MS para o desenvolvimento da norma

técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, entendendo assim gênero,

“como uma construção histórica e sociocultural que atribui papéis rígidos de função e comportamento aos sexos - por exemplo, às mulheres: o feminino e, diretamente ligado a esse, a passividade, a fragilidade, a emoção, a submissão; aos homens: o masculino, a atividade, a força, a racionalidade, a dominação –, como se fossem atributos naturais ou biológicos. A dimensão de gênero torna-se ainda mais importante para entender que a violência sexual não se restringe unicamente às mulheres e aos adolescentes. É, antes, um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente” (MS, 2012, p.11).

Dessa maneira, através desse ato forçado a mulher é submetida a danos físicos e psicológicos que secularmente foram legitimados pelo Estado brasileiro e pela falta de atenção necessária. A pluralidade dos campos que estudam e lidam com a violência sexual é composta pelos âmbitos da saúde, segurança pública e direitos humanos, por exemplo. As perspectivas dos conhecimentos citados acima são diferentes em relação à violência sexual e suas mazelas, mas encontram ponto em comum quando o assunto é o desafio frente a condutas morais. Os desafios são sistematizados por duas características de impasse para a validação dos direitos reprodutivos e humanos, o primeiro deles é dado pela dificuldade de registro do crime. Uma vez que muitas vezes o crime é ocorrido na esfera privada da mulher, fator que a paralisa diante a violência. E o segundo, é dado pela falta de capacitação e humanização dos profissionais para lidarem com a violência de gênero, em especial a sexual (SQUINCA; DINIZ; BRAGA, 2006). Dessa maneira, o segundo impasse é maior lócus do trabalho aqui exposto. Visto que a dificuldade da devida capacitação dos profissionais que irão lidar com a violência sexual e com o aborto legal possui como resultado devastador e final para a vida dessas mulheres, que é a recusa nos atendimentos.

2.1.1 O estupro, uma expressão perversa da violência sexual

A violência sexual engloba múltiplas facetas do crime sexual, como por exemplo, o estupro. Essa face da violência sexual será tratada por esse trabalho como a mais nítida impressão do patriarcado sobre os corpos femininos. O estupro é uma tipificação criminal que foi mudada recentemente, segundo o Código Penal o estupro era a violência em sua face de conjunção carnal vaginal, ou seja, por conjunção carnal vaginal entendia-se que a relação sexual forçada só podia

ser praticada contra mulheres e por penetração na vagina. Não podendo, portanto, ser considerado estupro o sexo forçado anal em homens ou mulheres. Através de alterações promovidas pela Lei nº 12.015/2009, hoje ele é definido pelo art. 213 do Código Penal como “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 1940). O estupro é um feito pernicioso para as mulheres em suas plenitudes, ele invade a mulher em sua totalidade social e individual. As marcas do crime se fincam no seu corpo e imaginário, se estendendo então para sua consciência de seu valor próprio, probidade e particularidade. Essa copulação masculina forçada, expressa de forma perversa a violência física e psicológica a qual a mulher é submetida. A mulher perde, momentaneamente ou muitas vezes permanentemente, a posse de seu próprio corpo. Ela encontra-se vitimada e despedaçada, a violência enquadra-a em um estado de desapropriação de si.

O estupro ganha fôlego diante da moral conservadora e representa, por outro lado, o terror entre as mulheres. É um crime intitulado pelo escopo social, como degenerado. Por isso, a culpa por vezes recai sobre a vítima e torna o crime as avessas. A exemplo disso tem-se que ao pedir ajuda, independente do âmbito, seja ele jurídico ou de saúde, essa mulher que sofreu a violência e encontra-se em situação de agravos físicos e psicológicos está sujeita a ser submetida a outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância (FAÚNDES; BEDONE, 2007). A mulher que sofre o estupro é questionada sobre a veracidade da violência, ela é posta sob constante suspeita. Nesse sentido o aparato político para lidar com mulheres vitimadas é frágil. As medidas e ações são frequentemente desalentadas, seja no âmbito da saúde ou da segurança pública. Na saúde, o cerne é franzino, a recusa do atendimento é uma ação frequente dos profissionais e essa negação materializa-se no direito das mulheres que ali se encontram.

O desmazelo sobre a violência vivida reside em tratamentos cerceadores do direito. Por vezes o questionamento acontece de forma tão naturalizada que as indagações sobre o crime rodeiam em torno de como mulher se comportava, por exemplo. A inversão da culpa do crime ocorre de modo perverso, uma vez que se a vítima estiver vestida com roupas curtas o crime praticado é tido como merecido e até mesmo realizado a pedido da mulher. Ressalta-se também, que por muito tempo a mulher que sofria agressão sexual via-se de mãos atadas diante o ocorrido. Nas palavras de Fernanda Toledo,

“O roteiro era o mais ou menos o seguinte: esconder ao máximo a vergonha do acontecido, comentar a agressão com o mínimo de pessoas possível e erguer as mãos em súplica para não estar grávida e nem ter contraído nenhuma doença sexual. Quanto às seqüelas psicológicas, ora, melhor seguir varrendo o chão, areando as panelas, dando duro no escritório e torcer para que o tempo trouxesse o remédio do esquecimento. O argumento que sustentava esse roteiro estava baseado em culpar, grosseira ou sutilmente, a vítima. As perguntas eram sempre as mesmas: por que ela andava desacompanhada? a que horas? com que roupa? em que descampado ou esquina suspeita? E a pergunta mais cafajeste de todas: por que ela não resistiu ao estuprador?” (INTERNACIONAL et al., 2000).

Dessa maneira, retomemos o desafio inicial sobre as condutas morais dos profissionais que lidam com esse tipo criminal. Para Faúndes e Bedone (2007, p.467). “apesar da sua gravidade, a violência sexual ainda é um crime subnotificado”. Ou seja, a subnotificação é um reflexo de ações fiscalizadoras da moral e éticas privadas, enquanto o medo e a vergonha envolviam e envolvem o imaginário das mulheres que sofrem a violência sexual e também constituem a falta de capacitação dessas categorias. O silêncio incorporado pelas mulheres violentadas sexualmente e que engravidam é um caminho longo e histórico no Brasil, ele ocorre junto à tentativa desesperada de omitir a violência e de se poupar de preconceitos. A mulher vitimada sofre o peso do estupro pela sociedade e por profissionais que deveriam lidar de modo ético com esses ocorridos. A mulher que procura um serviço de aborto legal, busca uma recepção diferente do senso comum, ela necessita daquele procedimento para que sua identidade como mulher tenha chances de ser recuperada. Quando deparada com premissas calçadas em prerrogativas de culpabilização da mulher, o silêncio se torna o escudo em que ela pode se apoiar seguramente, sem que a humilhação e a segregação social sejam repetidas. Essa ação é extremamente prejudicial à saúde física e emocional das mulheres e remete ao fato de que as unidades de saúde credenciadas a lidarem com o aborto legal e violência sexual podem compor a maior brecha de desamparo vivido por essas mulheres.

2.2 O que é estigma e como ele interfere nas práticas de aborto legal decorrentes de violência sexual?

O estigma é um conceito antigo que foi criado pelos gregos para designar, através de marcas corporais de tortura, características diferentes dos padrões normativos da sociedade. As

marcas corporais alertavam os cidadãos ditos direitos e de bem que determinadas pessoas deveriam ser evitadas, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1988).

“Os gregos criaram a palavra estigma para referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre **status moral** de que os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, **um criminoso ou traidor**” (GOFFMAN, 1988, p.11, grifo meu).

Dessa maneira, a categoria estigma pelo aborto legal decorrente de estupro congrega uma marca para a mulher e para os profissionais que lidam com os procedimentos do aborto. O estigma aplicado a mulheres que sofrem violência sexual e que abortam, segundo Kumar, Hessini e Mitchell (2009, p.628) é transcrito através de “um atributo negativo atribuído às mulheres que procuram interromper uma gravidez que as marca, interna ou externamente, como inferiores aos ideais da feminilidade”. O estigma então acompanha a mulher em todas as esferas da sua vida individual e coletiva, ela se torna uma pessoa marcadamente maléfica cuja companhia não é apreciada. Já para os profissionais que lidam com o procedimento do aborto há consequências que afetam sua saúde, relacionamento com colegas profissionais anti aborto e principalmente na realização do procedimento. Refletindo, por isso, muitas vezes na não prática das técnicas necessárias. Os provedores do aborto adquirem doenças como o stress e possuem veemente o medo da divulgação do seu trabalho em lugares públicos e sociais (NORRIS et al., 2011).

O estigma pode ser associado a um atributo visível imediatamente ou algo tolhido. Independente da visibilidade instantânea ou não, esse aspecto tende a representar para o indivíduo um descrédito social. Quanto mais visível o estigma for, mais passível de depreciação o sujeito será. Dessa maneira, para a perpetuação do estigma seja com os profissionais ou com as mulheres, a perceptibilidade instantânea do atributo alvo de depreciação configura o grau de preconceito. Em casos nítidos o grau é mais alto. A mulher que aborta não possui o estigma imediatamente identificado na sociedade civil, mas dentro das unidades de atenção a saúde sua visibilidade fica evidente. Dentro das redes de atendimento há distinção entre os abortos, ou seja, cada caso de aborto previsto em lei é aceito de uma maneira diferente pelos profissionais das redes de atendimento que realizam e que não realizam o aborto. A evidencia da intolerância em caso de estupro é demonstrada quando apesar de a violência sexual ser o maior motor para o aborto legal no Brasil, essas mulheres que engravidaram não conseguem realizar o aborto dentro do marco legal (FAUNDES, 2002).

Referindo-se ao estigma ainda como Goffman (1988), as pessoas são categorizadas em pequenas e estreitas caixas do moralmente aceito. As relações cotidianas com outros indivíduos remontam o que se tem como bom e verdadeiro, por isso é criada a identidade social. Nelas, as expectativas sobre outras pessoas são creditadas. O estigma encontra-se entre a identidade social virtual e a identidade social real. Trata-se aqui do conflito entre o que se objetiva e o que se é de fato. Por exemplo, através da PNA- Pesquisa Nacional de Aborto foi possível identificar o perfil das mulheres que abortam e subverter a lógica fundamentalista acerca dessa identidade. A PNA identificou que a cada cinco mulheres brasileiras, mais de uma já abortou ao longo da sua história e idade reprodutiva. Também constatou que essas são mulheres concebidas como normais e direitas na sociedade, uma vez que elas são muitas vezes casadas, possuem filhos e são devotas de algumas religiões, como o catolicismo e protestantismo (DINIZ; MEDEIROS, 2010). São mulheres comuns, mas que não possuem segurança política para acessar seus desejos de aborto seguramente.

Os executores do procedimento oscilam entre atuações pautadas na dificuldade em lidar com o tema quando há o estupro ou pelos preceitos fundados nas normas tradicionais. Muitas vezes eles tendem se negar a realizar o procedimento alegando objeção de consciência, ou que estão em dúvida sobre a real legalidade do ato, outras mais, dificultam os processos ou até mesmo causam dor nas pacientes como forma de punição, quando acreditam que ela tenha consentido o ato sexual. Os médicos compõe a categoria profissional que possuem respaldo legal do Código Penal para realizarem o aborto em determinados casos sem sofrerem punição, entretanto não significa que esse ato não seja um crime, o fato é que a não penalidade não desmistifica o crime, por isso o estigma espalha seus vestígios. Uma das sequelas que o estigma aborto dispõe é expor os profissionais da saúde a inaptidão de receber treinamento para procedimentos de aborto e se caso treinados, a dificuldade de lidar com a inerente barreira ao fornecimento de abortos. Essa constância entre o aborto e o estigma reduz o interesse dos profissionais de saúde nesse segmento, e por consequência aumenta ainda mais o estigma (NORRIS et al., 2011).

Ressalta-se que nem todos os atributos indesejáveis são hostilizados. Apenas aquele se opõe ao estereotipo inicialmente posto para cada ser é que possuem essa singularidade. Desse modo, Goffman (1988, p. 13) diz que o estigma faz “referência ao atributo que é profundamente depreciativo”. Esse conceito é aplicado de maneiras diferentes, por exemplo, o estigma, o estupro

e o aborto legal são atos que podem ou não caminhar juntos, mas quando estão interligados despertam o desconforto moral e social. Pois juntos somam aspectos silenciados, apontam para a disparidade de poder entre os eixos estatais e sociais. Em outras palavras, representam a culpa de caráter individual. São ações tidas pelo imaginário social como uma vontade fraca do indivíduo e desonestidade. Por isso é empregado a essa pessoa que carrega a marca indesejável características como se ela fosse desumana, inferior e extremamente não desejável. O indivíduo apresenta algo que desperta o desprezo e essa característica desprezível afasta as demais pessoas, impedido-as de reconhecerem outros traços da personalidade do estigmatizado. Todos os seus atributos são igualmente ignorados, o estigmatizado é reduzido a uma unicidade desprezível e é arduamente isolado.

Os desdobramentos do estigma são múltiplos, tangenciam a mulher no seu âmbito privado, político e social. Em 2013 foi realizado na Itália, especificamente no Centro de Rockefeller Foudation Bellagio, uma reunião com profissionais de áreas diversificadas. Como da medicina, ciências sociais, especialistas da lei para debater sobre o estigma e o aborto. Esse projeto foi intitulado de Agenda de Aprendizagem para o aborto Estigma: Recomendações da Reunião do Grupo de Peritos Bellagio (HESSINI, 2014). Nessa reunião foi produzido um quadro que sequencia através de uma pirâmide invertida os níveis do estigma pelo qual a mulher é submetida.

Figura 1- Estigma: pirâmide invertida



Fonte: HESSINI, 2014

Perante o quadro, entende-se que o estigma afeta a dimensão individual, comunitária, organizacional/institucional, governamental/estrutural e os discursos e cultura de massa. A pirâmide invertida demonstra que há uma transgressão do aborto e do estigma, ultrapassando limites individuais, psicológicos e morais, atingindo normas sociais. O discurso e a cultura de massa representam maior proporção no estigma propagado, nesse nível é a cobertura midiática o maior agente do estigma. Aqui se entende que a propagação do estigma é repassada pelo modo como a mulher é representada para a cultura popular. A mídia é uma fonte de informação de largas escalas, por isso possui forte poder coercitivo. O segundo grande nível da pirâmide nomeado como governamental/estrutural, ressalta que as leis e regulamentos sobre o aborto possuem grande influencia na perpetuação do estigma. Nesse nível enquadra-se também a legislação penal como responsável pelo estigma quando existe a penalização dos provedores do aborto. Aqui o Estado é tido como neutralizador ou impulsionador do estigma, através das leis.

No terceiro nível, organizacional/institucional, o estigma é identificado pelo modo como o aborto é fornecido, se há qualidade em níveis de cuidado para as mulheres, como o procedimento é realizado, se há a intenção de amenizar a dor ou se o procedimento é nocivo a saúde da mulher. Nesse sentido, é importante a observação acerca do uso de medicamento para o aborto, do procedimento através de cirurgia, dos locais de cuidado isolado ou junto a pacientes com outras demandas. No nível da comunidade o estigma é observado a partir do comportamento da comunidade em casos de aborto. Como é a relação desse ente com a mulher, se existe algum tipo de atenção ou se a mulher é segregada.

Na dimensão individual, o silêncio, vergonha, medo, humilhação compõe o cenário cotidiano dessas mulheres e incidem sobre a vivência comunitária. Uma vez as pessoas que rodeiam essas mulheres também podem se tornar estigmatizadas. Sejam elas os companheiros, as amigas e as (os) filhas (os). É um exercício praticado como se fosse um pacto selado, onde todos os seres que dele compactuarem deverão sofrer punições e restrições. De maneira geral, em toda a pirâmide há o reconhecimento das inter-relações do estigma com os estereótipos e preconceitos.

Desde a construção do estigma até a sua realidade concreta são despertadas as mais variadas emoções na pessoa a quem o estigma é atribuído, naquelas que compõem o seio familiar dessa mulher e dos profissionais colaboradores do procedimento aborto. A vergonha tende a ser substancial quando o indivíduo se percebe como ser impuro e principalmente quando o desejo de não possuir tal deformidade torna-se o desejo alfa do estigmatizado (GOFFMAN, 1988). Por

isso, o estigma aplicado ao gênero acompanha a mulher em todas as esferas da vida individual e coletiva, ela se torna uma pessoa maléfica cuja companhia não é apreciada. Perante o corpo social a mulher carrega a marca do egoísmo, da sujeira e da maldade e por seqüela as mulheres, por vezes, revelam um comportamento auto depreciativo. Já sob o prisma dos profissionais de saúde, o estigma é refletido na incessante tentativa de comprovação da narrativa de violência. Mesmo não sendo necessário o uso de nenhum tipo de investigação policial, como o boletim de ocorrência ou médica, esse tipo de ação é concreto para a realização do aborto.

A mulher vítima de estupro é submetida a procedimentos investigativos dentro do corpo médico e de categorias de saúde, por isso é reforçado a necessidade da repetição da história contada por ela, sendo assim revimitizada e questionada caso qualquer pequeno detalhe seja diferente do que havia sido dito em outros níveis de avaliação. Depois, os laudos e procedimentos médicos buscam a comprovação da data do ocorrido com a idade gestacional, trata-se aqui de uma avaliação pura do testemunho da mulher. Após todos os procedimentos de observação e julgamentos, a mulher ainda é posta em dúvida caso seu comportamento não seja de vítima. O comportamento de vítima se baseia na ação submissa da mulher diante ao ato, caso ela esteja com uma postura de superação e principalmente sem culpa, os olhares inquietadores dos profissionais da moral lhe são lançados, ameaçando o direito dela de abortar (DINIZ et al., 2014). Por fim, os profissionais de saúde reproduzem a intolerância velada pelo consenso social em relação a essas mulheres. As barreiras para o direito, efetivadas por essas categorias dentro das redes de atendimento, é o quociente do estigma, é a reprodução de um sistema assimétrico. Trata-se de uma relação em que a mulher é subjugada pela abstração social desses profissionais.

Capítulo 3

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Apresentação e delimitação do universo da pesquisa

Esse trabalho de conclusão de curso teve seu despertar a partir da leitura do artigo “A Verdade sobre o Estupro” escrito por Debora Diniz, Vanessa Canabarro Dios, Miryam Mastrella e Alberto Pereira Madeiro. O artigo revela como são os procedimentos de aborto legal no Brasil, como a composição interdisciplinar da equipe interfere nos procedimentos e qual a influência que crenças privadas possuem (dentro da rede de atendimento) na saúde da mulher. São também apresentadas falas dos profissionais atuantes no aborto sobre o que entendem por estupro e aborto, que apresentam uma realidade ainda não vista sobre a influência da moral vigente e fiscalização do aborto entre os profissionais, dentro das unidades de saúde e com as pacientes. Muitas das falas apresentadas são caracterizadas por crenças religiosas e desconfiança acerca da violência sexual. O artigo é construído através das entrevistas com todas as categorias profissionais atuantes no aborto, como enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. Seu conteúdo é instigante e por isso expande novos olhares, abrindo possibilidades para futuras pesquisas e diversificação do tema. Dessa maneira, surge este trabalho de conclusão de curso, cujo problema de pesquisa é analisar o estigma em torno do aborto legal dentro das redes de saúde e atendimento a vítimas de violência sexual. O projeto possui como premissa o aborto como questão de saúde pública, pois a prática insegura expõe a integridade física e psicológica de milhares de mulheres. Segundo a PNA- Pesquisa Nacional do Aborto, realizada em 2010, de um total de 2002 mulheres 296 realizaram aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Esse dado aponta a necessidade de se construir políticas para mulheres e de se analisar as condições em que são feitos os procedimentos permitidos pelo código penal vigente.

As entrevistas utilizadas para a comprovação da tese proposta por esse projeto são fruto do estudo de Debora Diniz, Vanessa Canabarro Dios, Miryam Mastrella e Alberto Pereira Madeiro, foram desenvolvidas para a realização do artigo citado no início deste capítulo. Entretanto foram disponibilizadas apenas as entrevistas com as assistentes sociais, totalizando dezenove entrevistas concedidas. A escolha desta categoria profissional se deu por conta do

envolvimento que elas possuem com o procedimento. Essas profissionais possuem um contato primordial durante o atendimento, acolhendo a vítima desde o início até o procedimento final. Logo, suas participações acompanham todos os âmbitos e lidam com posicionamentos diversos dos profissionais. As dezenove entrevistadas foram distribuídas nas cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste. A metodologia da pesquisa é a da técnica qualitativa e com entrevista semiestruturada, ou seja, existe a possibilidade de diálogo espontâneo entre o pesquisador e o entrevistado. Segundo Gray (2012) nesse tipo de entrevista a ordem das perguntas podem alterar de acordo com o assunto, inclusive há a possibilidade de adicionar ou retirar perguntas. As entrevistas semiestruturadas colaboraram para se ressaltar pontos desejáveis e opiniões. Permitem também apontar olhares ainda não estudados, abrindo possibilidades para futuras pesquisas e diversificação do tema.

A pesquisa é composta por treze perguntas, cujas respostas de cada entrevistada pode acrescentar mais questões ao questionário. As perguntas semiestruturadas são organizadas para o entendimento de quem são essas profissionais, como elas chegaram nessa área hospitalar, quais os desafios que elas enfrentam, como ocorrem os procedimentos e se as mulheres enfrentam dificuldade para acessá-lo. São indagados também quais os procedimentos que as crianças e adolescentes são submetidos, quais os maiores desafios do serviço, se ela já sofreu algum constrangimento por atuar em um serviço de aborto legal, se ela já se recusou a atender a alguma mulher que buscou o serviço de aborto legal, qual opinião ela possui sobre a recusa de atendimento em caso de estupro ou risco de vida nos serviços de aborto legal, o que ela enxerga como a maior dificuldade para a implementação dos serviços de aborto legal no Brasil, quantos anos ela tem, quantos anos ela tem de formada, quantos anos de atuação em serviços de aborto legal ela possui e se ela já passou por alguma sensibilização ou alguma capacitação no hospital pra trabalhar nesse serviço.

Por fim é feita a última pergunta, que vislumbra a melhora do questionário, perguntando de ela possui alguma sugestão de pergunta. Para o desenvolvimento dessa tese, as perguntas foram analisadas em busca do estigma. Ressalta-se que a categoria estigma pode estar escondida, por isso as perguntas que podem ter relação com ele são as direcionadas a procedimentos não realizados, a recusa por parte de algumas categorias, o constrangimento vivido por profissionais que ali atuam e se houve alguma capacitação ofertada pelo hospital.

3.2 Cuidados éticos

Este projeto é assentado nos procedimentos do aborto legal, envolve então profissionais de saúde, aspectos particulares e sigilosos, por isso foi submetido a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (IH/UnB) para ser realizado. Ele foi orientado pela professora Debora Diniz ao longo de dois semestres letivos e teve seu fim no primeiro semestre de 2015.

A coleta de dados é viável tendo em vista que as entrevistas serão reutilizadas, com o consentimento das (os) pesquisadoras Débora Diniz, Vanessa Canabarro Dios, Miryam Mastrella e Alberto Pereira. As entrevistas, uma vez que já realizadas e utilizadas, passaram pelos devidos processos de autorização dos órgãos responsáveis, além de utilizarem o esclarecimento prévio dos participantes e o termo de consentimento livre e esclarecido.

Farei uso desde material mantendo o sigilo necessário e não expondo os participantes das entrevistas, ademais após o usufruto dos dados concedidos pela minha orientadora, eles foram devolvidos e/ou apagados dos meus arquivos pessoais. Não houve contato direto com os profissionais aqui citados e nem com mulheres que realizaram o aborto, entretanto a ética com os procedimentos foi a mesma em todas as etapas.

Capítulo 4

ANÁLISE DO DISCURSO DAS ENTREVISTADAS, O ESTIGMA ESCONDIDO.

4.1 Perfil das entrevistadas

As profissionais entrevistadas atuam com o Serviço Social no campo da saúde. A saúde é uma das diversas áreas possíveis de atuação dessa categoria. As assistentes sociais inseridas nesse campo atuam sob a perspectiva da garantia de direitos dos usuários, assim como sugere o Código de Ética da categoria, “defesa intransigente dos direitos humanos”³. A saúde é um campo cuja prática profissional pode ser voltada a lócus institucionais diferentes, por exemplo, dentro dela o profissional pode estar inserido em um sistema prisional, unidade básica de saúde, empresa privadas e hospital. As profissionais entrevistadas se encontram em hospitais que realizam o aborto legal, por isso possuem contato com mulheres em situação de violência sexual. Todas as pessoas entrevistadas entraram no serviço através de concurso público e possuem no mínimo dois anos de formadas. Suas idades variam entre trinta e dois e quarenta e oito anos.

As redes de atendimento ao aborto legal utilizadas na pesquisa são referências no Brasil, entretanto apresentam divergências nos atendimentos. Principalmente no que se refere à porta de entrada do atendimento, estrutura física e capacitação contínua/ única para os profissionais. Os atendimentos das assistentes sociais são pontuados pelo acompanhamento das mulheres em todas as esferas do procedimento, sendo também dever dessa categoria o esclarecimento sobre os direitos da vítima, sejam eles destinados à saúde da mulher, segurança pública e em caso de não aborto o encaminhamento para o pré-natal. A pesquisa demonstrou que no setor de violência sexual as demandas nem sempre resultam em aborto legal, essa equipe é responsável por todos os tipos de aborto permitidos em lei, não havendo, portanto separação entre grupos para cada caso de aborto. Por outro lado, as falas das entrevistadas apontam que a equipe precisa estar pronta para lidar com todos os atendimentos, entretanto a falta de capacitação dos profissionais na maioria das redes resulta em recorrentes situações de despreparo em casos de violência sexual.

³ Código de Ética do/a Assistente Social ; Lei 8662/93. Princípios Fundamentais: II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo. p. 23

4.2 O estigma escondido

Nesse tópico a narrativa das entrevistas é analisada em busca do estigma. Para isso nos basearemos na pirâmide invertida do estigma mencionada no capítulo dois e nas considerações subjacentes as falas dos profissionais entrevistados. A pirâmide revela pontos importantes para análise da relação entre o aborto e o estigma. Os níveis da pirâmide serão utilizados para traçar o caminho do estigma percorrido nas redes de atendimento, em consonância com outras realidades manifestadas ao longo da pesquisa e que incidem na não realização do procedimento. No nível macro da pirâmide, representado pela cultura e discurso de massa, como citado no capítulo dois a análise rodeia em torno da linguagem midiática sobre o aborto, nesse sentido não foi percebido nenhuma fala acerca dessa temática. Ressalta-se que a pesquisa qualitativa possui como pressuposto um contexto temporal e cultural, por isso não possui respostas prefixadas.

No nível dois, denominado por governamental/estrutural, da pirâmide é notado falas que contribuem para essa faceta do estigma. Nesse nível as leis e regulamentos sobre o aborto possuem grande influência na perpetuação do estigma. Pois é através desses instrumentos normativos que os procedimentos são direcionados e orientados, dessa forma o fato de o aborto ainda ser uma prática restritiva e regida pelo código penal evidencia a maneira pela qual o aborto é visionado no Brasil, onde é ascendente a valoração moral e ética. A regência normativa do código penal explicita que o aborto não é apontado como questão de saúde e de direitos reprodutivos da mulher. Sendo assim, ele é afirmado como crime, seus executores assim como aquelas que recebem o procedimento são penalizados com prisão. Aqui o Estado é tido como neutralizador ou impulsionador do estigma, através das leis. O aborto como um ato legal, em todo os seus declives, foi conquistado por meio de entraves e lutas sociais. O ato é envolto por políticas públicas que visam a qualidade da prática, saúde, segurança da mulher e capacitação dos profissionais. Entretanto, existe uma ambiguidade em torno do aborto legal, principalmente no que se refere ao marco punitivo e políticas públicas.

Os lados opostos dessa corrente se caracterizam por aplicar castigos de um lado e por outro reconhecerem que existem exceções sem punição. O aborto ganha dupla identidade, podendo ser punido ou não a depender de sua origem. Em geral, nos casos permitidos a mulher ganha a representatividade de vítima, seja por um crime, por uma doença ou por uma falha da natureza. Dessa maneira, a mulher como vítima constitui as políticas públicas que compõe o seio

do aborto legal. Essa perspectiva cai em contrariedade quando a análise em torno do que é ser vítima é postulada, já que o Código Penal não foi claro quanto à forma de comprovação da mulher como vítima. Em caso de risco de vida ou má formação fetal o corpo médico providenciou laudos médicos e exames que compõem esse cenário. Já sobre o estupro, não houve a narrativa legal sobre a comprovação da verdade, dessa maneira a moral conservadora se revelou latente, uma vez que a verdade oscilava entre a palavra da mulher e a necessidade do BO.

Diante esse cenário complexo, marcado por conflitos entre a moral vigente e a verdade sobre o estupro, o Ministério da Saúde (MS) em 1999 editou o documento que previa regulamentar o aborto legal no Brasil com o intuito de apontar o caminho para a verdade sobre o estupro, onde a mulher ficou sendo a voz ativa sobre a violência. Este documento se intitula por norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e apesar da especificação dada pelo MS em 1999, o documento foi revisado e ampliado em 2005, além de ter uma revisão final somente em 2012. (DINIZ; CANABARRO; MASTRELLA; PEREIRA, 2014).

Dessa maneira, em análise sobre o estigma apontado pelo nível dois da pirâmide, percebe-se que essa tensão sobre a verdade da mulher ainda é contemporânea, os serviços estão calcados em tentativas de análise da verdade através de laudos periciais. Os casos de aborto oriundos do estupro são menos realizados e mais dificultados pelo corpo de saúde. Identifica-se essa diferenciação através do discurso de uma profissional quando ela diz que é mais fácil a realização em casos de não estupro, “[...] *porque não tem essas questões que envolve a questão da sexualidade feminina. É um caso concreto, ela vai morrer se não fizer. E assim, violência quando é violência sexual tem sempre a questão assim, ela procurou.*”. Essa fala atesta que o estigma representa para as mulheres os arquétipos da repressão à sexualidade feminina e restrição à dinâmica da família.

A sexualidade feminina é estritamente relacionada com a procriação, como afirma Karen Giffin (1994, p. 150) “o controle social é visto como atuando diretamente sobre o corpo das mulheres, cuja identidade principal é a de mãe, e cuja sexualidade é socialmente aceita somente na reprodução de filhos legítimos”. Existe por isso uma separação entre abortos que são realizados e aqueles que para serem realizados são submetidos a investigações particulares. A averiguação da verdade vai ao encontro de laudos policiais. Onde, mesmo o BO não tendo valor para a realização do procedimento de interrupção da gravidez através da pesquisa foi possível

encontrar ações pautadas em concepções retrógradas sobre o acesso. Nas palavras de uma das profissionais, *“a princípio ele não é obrigatório, mas a gente teve dificuldade com a equipe porque não era consenso de toda a equipe e eles exigiam o B.O”*. Em consonância a essa perspectiva do acesso restringido pelo BO, outra profissional complementa dizendo *“a gente solicita RG e a gente pede também a questão do... Como aqui é um atendimento de emergência de profilaxia a gente pede no caso o registro né? Na delegacia”*. O preceito de desconfiança da mulher é verificado, mas com uma roupagem dita como da segurança pública e da segurança da equipe de saúde pelo fato de realizar o ato. A investida no BO é camuflada pela alegação de que com a denúncia o sujeito possa ser preso e pela tentativa hospitalar de se proteger de acusações caso o estupro não seja real. Ressalta-se que a Norma Técnica expõe que *“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”*⁴. Assim, é revelada a necessidade de análise entre a relação dos valores pessoais e a prática profissional, perpetradas com a devida qualidade da atenção e da garantia de direitos. As ações fragmentadas da equipe dificultam a concretude procedimento do aborto.

O terceiro nível da pirâmide (organizacional/institucional) diz sobre como são realizados os procedimentos e sobre a estrutura física do local. A estrutura física foi alvo de reclamação da maioria das entrevistadas. A falta de estrutura adequada expõe a mulher a situações onerosas para sua saúde mental e física. *“A gente tem esse problema de estrutura. Quarto pra atender a vítima, porque a vítima é atendida no fluxo dos outros atendimentos, mesmo local, mesmo fluxo, com as mesmas pessoas, teria que ter um local diferenciado pra atender essas mulheres”*, explicou uma profissional quando perguntada sobre a estrutura do hospital. Para ela é necessário que essas mulheres tenham um local próprio para o atendimento de aborto legal, não com a intenção de segregar as usuárias, mas sim de não expor para outras pacientes o procedimento pelo qual elas optaram. Ressalta-se que a ala hospitalar em que as mulheres realizam o aborto é, em muitos hospitais de referência, a mesma da maternidade. Desse modo, outra profissional entrevistada concorda quando afirma

“Eu acho que o problema maior é na hora em si no abortamento, muitas vezes enquanto elas estão esperando algumas se queixam porque ficam no local onde tem outras que tão tendo bebê, tem outras que tão

⁴ Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2012, p.69

amamentando, então as vezes já teve queixas. Talvez a queixa seja também não só por ficar nesse espaço, mas as vezes o tempo que ela leva nesse espaço, demora mais de um plantão para o outro, o médico não fez, deixou pra o outro. Não sei se fosse rápido se ela ia sentir tanto isso, se ia ficar tão visível que ela não tá ali pra dar a luz, que ela não tá tendo um abortamento espontâneo, o que termina as vezes demorando mais a ir no serviço e outras pessoas ficarem sabendo que ela de alguma forma quer abortar e isso pode gerar algum olhar diferente pra ela”(ASSISTENTE SOCIAL).

A fala revela o constrangimento que a mulher passa ao estar imersa em um meio cuja maternidade é o foco. Quando a profissional afirma que “*quando notado que a mulher não está ali para ter um bebê ou por um aborto espontâneo os olhares são diferentes*”, é percebido um ambiente hostil cuja rede de convívio expõe a mulher que aborta ao isolamento. Através dessas narrativas é encontrado o ponto em comum entre o estigma, a estrutura e a forma como a equipe trabalha com o aborto legal. O estigma está presente quando a estrutura não garante sigilo e atendimento adequado. Também é vivo quando os profissionais não cumprem o dever de realizar o procedimento e deixam a mulher esperando por tempo prolongado.

Sobre o longo tempo de espera, por vezes, a protelação é dita como objeção de consciência. A objeção de consciência levanta controvérsias no cenário de atendimento em casos de aborto legal e é crucial para a implementação total dos serviços ao aborto previsto em lei e para a concretização dos direitos humanos das mulheres. Nela estão em cheque pontos que remetem valores morais, religiosos e éticos (GALLI; GOMES; ADESSE, 2006). A objeção de consciência vem sendo o respaldo para negação no atendimento ao procedimento de interrupção de gestação, entretanto essa afirmação aponta que por trás da objeção de consciência existe uma vasta gama de desconfiança, como a camuflagem do preconceito e a culpabilização da mulher. Segundo Debora Diniz, “O médico pode alegar objeção de consciência diante de uma situação concreta de pedido de aborto por uma mulher, desde que não o faça por desconfiança quanto ao estupro, por exemplo, mas estritamente por razões de sua moral privada, como é o caso das crenças religiosas” (2011, p. 982). Dessa maneira, verificou-se através das entrevistas que essa premissa não é concreta no cotidiano dos profissionais médicos, a desconfiança sobre a autenticidade do estupro ocorre de forma tácita, conforme afirma uma profissional entrevistada,

“são aquelas pessoas de uma moral muito rígida, muito fechada que ficam irritados, “como a pessoa vai pra uma festa, rola de tudo e não sabe nem dizer que transou?” então há um ranço autoritário,

normativo.[...] isso se cruza, essa violência de querer culpabilizá-los “mas também a promiscuidade”, também as mulheres agora “tudo é violência, tudo é violência” eu acho que tem essa cultura que precisa ser trabalhada ainda, e que dificulta que eu vejo muito mais que a religião, eu acho que a religião nesses casos é muitas vezes usada pelos profissionais, há a religião igreja católica que é contra, ok, eu acho que ela tem que ser contra mesmo, agora os profissionais dentro do trabalho dizer que não fazem ou que não atendem por conta da religião eu acho muitas vezes uma hipocrisia, porque ninguém deixa de beber e cometer incesto por causa da religião, ninguém deixa de fazer adultério por causa da religião, por que deixa de atender uma mulher vítima de violência por causa de religião? Eu acho que na verdade as pessoas usam o discurso da instituição pra se resguardar, mas é uma religiosa? Eu não vejo não. E se for no particular provavelmente tá fazendo, mas no serviço público “não posso fazer””(ASSISTENTE SOCIAL)

Quando perguntado se as assistentes sociais concordam com a objeção de consciência, a maioria respondeu que sim, alegando que o profissional que se vê obrigado a realizar o procedimento, coloca a mulher em risco, principalmente em termos de qualidade do cuidado, podendo até mesmo causar dor nas pacientes, por exemplo. Como sugere outra profissional ao dizer “*eu sou a favor da objeção nesse sentido, eu penso que o direito do profissional ele deve ser preservado, pra que até mesmo a vítima ela possa ser atendida como ela deve ser atendida sem que o profissional ele de alguma maneira interfira ou prejudique*”. Assim, é notado que existe um consenso velado quanto à objeção de consciência, incorporando assim uma prática institucionalizada por diversas categorias profissionais que atuam nas redes de referência ao aborto legal. Ressalta-se que a única categoria profissional que pode fazer uso da objeção de consciência é a médica. O Código de Ética da categoria das (os) assistentes sociais, não prevê a recusa de atendimento por razões de caráter privado, nele consta que o posicionamento da(o) profissional deve ser “em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”⁵. Entretanto, algumas das entrevistadas relataram vivenciar a alegação de objeção de consciência por parte de outras categorias profissionais, inclusive do Serviço Social.

As narrativas das entrevistadas se somam e trilham pouco a pouco o caminho do estigma dentro das unidades de atendimento. Retomando a pirâmide base para análise do estigma, os

⁵ Código de Ética do/a Assistente Social ; Lei 8662/93. Princípios Fundamentais: V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; p. 23

níveis subsequentes são o da comunidade e individual. A comunidade representa a teia social de direto contato com as mulheres que anseiam o aborto. Nessa relação a mulher tende ser segregada do corpo social em que vive, enquanto na dimensão individual a mulher é por vezes silenciada e humilhada. São cenários apossados pelas vítimas de violência sexual, a pesquisa não possui contato direto com essa camada. Por isso não foi observado pontos em comum de estudo com esses níveis, apesar de haver reconhecimento político quanto essa demanda, através da Norma Técnica e as assistentes sociais afirmarem que existe na rede o acompanhamento psicológico que visa amenizar esse tipo de agravo.

4.3 Considerações finais

O campo, junto a estudos prévios, evidenciou que existem diversos bloqueios para a materialização do aborto. Esses entraves extrapolam a prática do aborto em sua face insegura e se efetivam também nos casos legais. As renúncias profissionais se travestem por alegações diversas, como a falta de documentos pericial e policial (BO) e objeção de consciência, por exemplo. Em ambas, o estigma foi identificado como princípio ativo para as barreiras de acesso a direitos.

O estigma é notado através de falas que demonstram que a suspeita sobre a veracidade da violência sexual é constante e sucessiva. Os comportamentos da equipe são traduzidos pela saga da validação do estupro. As redes de atendimento ao aborto legal possuem diferenças quanto a seu funcionamento cotidiano, a experiência desse trabalho pode apontar para níveis de implementação em cada hospital de referência. Isso se materializa em dessemelhanças significativas quanto à porta de entrada para o serviço ou então na estrutura física para o acolhimento das usuárias. Em geral a estrutura física compactuou para a disseminação do estigma, seja através do contato com outras pacientes ou com outros segmentos do hospital. A precariedade física revela duas hipóteses, para pesquisas futuras, ou a falta de recursos para esse tipo de investimento ou a falta de interesse estatal para essa demanda.

O estigma possui raízes nos níveis governamental/estrutural e organizacional/institucional para a propagação de renúncias profissional. A pirâmide invertida usada para embasar o estudo traz outros níveis, entretanto eles- no que tange a equipe de saúde- não possuem aplicabilidade. Mas é notado que esses níveis podem ser usados para pesquisas posteriores, cujo objetivo seria

analisar o estigma vivenciado pela vítima de violência, pela teia social e pela influência propagada pela mídia.

A atenção ao aborto deve ser prestada de maneira humanizada e segura, para isso os profissionais precisam estar devidamente capacitados para que a atenção técnica seja eficiente. Entretanto, a recusa nos casos de violência sexual foi significativa, enquanto nos demais casos permitidos o procedimento foi efetuado com maior facilidade pela equipe de saúde. Desse modo, foi possível concluir, que existem barreiras para o atendimento e estas possuem real origens no estigma. O direito pelo aborto não é protagonista nas redes de atendimentos, o estigma assume essa faceta em casos de violência sexual e impede que o direito seja concretizado.

Ademais, a vivência em campo demonstrou outras questões que só puderam ser levantadas posteriormente as entrevistas. Como por exemplo, a observação de que as (os) assistentes sociais se referiam as barreiras de acesso ao aborto com distanciamento. Como se as outras categorias, especialmente a médica, fossem as únicas responsáveis pelas barreiras inerentes ao aborto. Desse modo não ficou claro se dentro do corpo de assistentes sociais não há impedimentos ou se houve uma espécie de velamento quanto às vivências. Somada a essa informação, a entrevista apontou também que há uma hierarquização ilegítima (no sentido de que não há perante as normas técnicas que regem o aborto legal uma subordinação entre os profissionais, mas sim a composição de uma equipe multidisciplinar) nas relações de trabalho entre categorias profissionais. Onde a equipe de assistentes sociais detém uma espécie de subalternização diante as demais categorias profissionais, enquanto o corpo médico é enaltecido pela equipe de saúde. Ressalta-se que o Serviço Social é uma profissão cuja história é proveniente de instituições religiosas, não havendo no início vinculação aos direitos e nem ao menos reconhecimento como categoria profissional. Entretanto, após um longo processo de reestruturação e legitimação da profissão, hoje ela possui enorme responsabilidade social, tendo como lócus de atuação os direitos humanos. No entanto seu reconhecimento -como profissão- por parte de outras categorias ainda é pequeno, de modo que ao encerrar a entrevista e os estudos aqui apresentados foi notado que essa discrepância de poderes entre profissionais é também uma barreira, visto que a descentralização das responsabilidades é primordial para a garantia de direito das usuárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Relatório Final do Projeto Avaliação da Distribuição da Contracepção de Emergência nos Municípios do Estado de São Paulo**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-em-geral/relatorios/relatoriofinalcemunicipios2006.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores confirmam o êxito da política de saúde da mulher**. Portal da Saúde, 9 mar. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/def.cfm?Pg=dspdetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10005>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília, DF, 2007c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 3. Ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília, DF 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf>

BRASIL. Ministério da Justiça. **Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>

BRASIL. Lei nº 9.263, de Janeiro de 1996. Constituição Federal. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, **que trata do planejamento familiar**, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009. Código Penal de 1940 do Brasil. **Alteração do Título VI da Parte Especial do Decreto- Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm> Acesso em: 21 de abril de 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Diário Oficial da União, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em 30 de março de 2015.

CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** 1994. Disponível em: <<http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf>>.

CIVIL, C. Presidência da República. v. 6, p. 1–8, 2015.

DINIZ, D. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. v. 22, n. 2, p. 291–298, 2014.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959–966, 2010.

DINIZ, Debora. **Objecção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 981-985. Epub July 29, 2011. ISSN 0034-8910.

FAÚNDES, A. J. B.; BEDONE, ; Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. p. 1–9, 2007.

GALLI, B; GOMES, E; ADESSE, L. **Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção.** São Paulo, Brasil 2006 n. 24, p. 1–9.

GRAY, David. **Pesquisa no mundo real.** Série Métodos de Pesquisa, 2ª ed. Editora, Penso. Brasil, São Paulo, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** ed. 4. Brasil, 1988.

HESSINI, L. A Learning Agenda for Abortion Stigma: Recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting. **Women & health**, n. June, 2014.

JEWKES R, SEN P, G.-M. Abuse of the elderly. **American Family Physician**, v. 28, n. 5, 2002.

KAREN GIFFIN. Violência de Gênero , Sexualidade e Saúde Gender Violence , Sexuality , and Health. v. 10, p. 146–155, 1994.

LOUREIRO, David; VIERIA, Elisabeth. **Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto,** São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. Rio de Janeiro, 2004.

NETO, Jorge Andalaft; ARAÚJO, Maria José Oliveira; BARSTED, Leila Linhares; **Políticas públicas para o aborto seguro: reflexões para uma prática.** Goiânia: Grupo Transas do Corpo,

2005. (Série Argumentos Feministas, nº 2). Disponível em: <http://www.transasdocorpo.org.br/uploads/6a49421edb214a17e05df86d24b57f5c.pdf>

NORRIS, A. et al. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. **Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, v. 21, n. 3 Suppl, p. S49–S54, 2011.

PORTELLA, A. P. et al. *Jornal da RedeSaúde*. 2000.

PRADO, Danda. **O que é aborto**. 4. Ed, São Paulo, Editora Brasiliense, 1991.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. **A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese**. *Rev. bras. estud. popul.* [online]. 2006, vol.23, n.2, pp. 369-374. ISSN 0102-3098. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000200011>.

SORRENTINO Sara Romena. **Dossiê: Aborto inseguro**. In: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. São Paulo, 2001.

SQUINCA, F.; DINIZ, D.; BRAGA, K. S. Violência sexual contra a mulher. **Bioética**, v. 12, n. 2, p. 127–135, 2006.

TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Tereza. **Dossiê. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. Cadernos Católicos pelo Direito de Decidir 2005.

WHO, Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).