



## **POLÍTICAS DA TRAVESSIA: CAPACITAÇÃO, ESTIGMA E SOFRIMENTO NO ACESSO AO ABORTO LEGAL**

Maynara Costa de Oliveria Silva<sup>1</sup>

### **Resumo**

Este artigo buscar demonstrar, a partir de um exercício etnográfico, como se constroem as práticas, acessos e itinerários do aborto legal dentro da maternidade pesquisada no contexto potiguar - desde sua escassez de recursos humanos, estruturais e seus constantes casos de superlotação. Apresentar-se-á também como acontece a atuação do programa de atendimento às vítimas de violência sexual nessa instituição, suas dificuldades, sua efetividade e divulgação dentro e fora da instituição hospitalar, bem como seus paradoxos. Também se discute como se dá as burocracias impostas às mulheres na busca pelo atendimento, bem como descrever os contornos que traduzem os itinerários em busca do abortamento, os processos inquisitórios e a violência institucional.

**Palavras-chaves:** Aborto legal; Maternidades; Violência Sexual; Violência institucional; Etnografia.

## **CROSSING POLICIES: EMPOWERMENT, STIGMA AND SUFFERING IN ACCESS TO LEGAL ABORTION**

### **Abstract**

In this article, I seek to demonstrate, based on an ethnographic exercise, how the practices, access and itineraries of legal abortion are constructed within the maternity hospital studied in the Rio Grande do Norte context - from its scarcity of human and structural resources and its constant cases of overcrowding. It will also present how the care program for victims of sexual violence in this institution works, its difficulties, its effectiveness and dissemination inside and outside the hospital institution, as well as its paradoxes. It also discusses how the bureaucracies imposed on women in the search for care occur, as well as describing the contours that translate the itineraries in search of abortion, the inquisition processes and institutional violence.

**Key-words:** Legal abortion; Maternity hospitals; Sexual Violence; Institutional violence; Ethnography.

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta do curso de Licenciatura em Ciências Humanas (LCH/CCIM) e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutora em Ciências Sociais (PPGCSOC/UFMA).

## Introdução

Este artigo irá discutir os usos e desusos da objeção de consciência (oc), que se trata de uma escusa, por questões éticas, morais, filosóficas ou religiosas para não realizar um procedimento médico. Esta escusa coincide com os tipos de liberdades públicas clássicas, que atribuem um caráter legítimo no não fazer do sujeito, pondo um limite em benefício do titular do direito que não pode ser desobedecido por quem quer que seja a ação, nem pelo Estado. Essa ideia reflete a liberdade de consciência, isto é, viver de acordo com suas próprias convicções.

A objeção de consciência, portanto, é uma espécie de negação parcial das leis que desencadeia uma alta repercussão moral, que se caracteriza por um teor de consciência razoável, e individual, objetivando, no máximo, um tratamento alternativo ou mudanças da lei em caso específico. O direito do Estado, assim, não alcança o foro íntimo, a privacidade da pessoa. O que a objeção de consciência reclama é a não ingerência do Estado em assuntos privativos da consciência individual, que se confunde também com a dignidade da pessoa humana.

A Constituição Brasileira (Brasil, 1988), assegura como direito fundamental as liberdades de pensamento, que se estendem em duas: a liberdade de consciência, compreendendo a liberdade de opinião e de crença; a liberdade de exteriorização do pensamento, abrangendo a liberdade de palavra e de culto. É nesse direito que reside a matriz político-jurídica da objeção de consciência.

As variações das classificações da objeção de consciência acontecem conforme o aprofundamento doutrinário do tema. Todavia, nos dedicaremos apenas a uma das suas variações: a objeção de consciência ao aborto. Por ser ela a objeção frequentemente acionada em nosso estudo.

José Carlos Buzanello (2001) informa que a objeção de consciência ao aborto é tipificada a partir da recusa por parte dos profissionais de saúde ou de hospitais a praticar o aborto, independentemente da licitude do ato. Ou seja, a partir desse entendimento reconhece o direito de objeção de consciência dos hospitais<sup>2</sup> e dos seus agentes de negar-se realizar um aborto por motivos morais, não caracterizando discriminação pelo exercício desse direito. Por outro lado, no caso do aborto previsto em lei, a recusa

---

<sup>2</sup> Hospitais privados, mantidos por entidades religiosas fazem uso dessa objeção.

injustificada<sup>3</sup> sem indicação de outro profissional qualificado para realizar o procedimento poderá acarretar um ato lesivo, artigo 37, §6, da CF/88, que poderá acarretar responsabilidade civil ao Estado, como visto anteriormente.

Analisarei as duas principais teses sobre a objeção de consciência, a da incompatibilidade, por questões de foro íntimo e a tese da integridade, acesso ao direito, e proporemos a tese da defesa da consternação, que reflete a dor do profissional. A tese da consternação admite a necessidade de se proteger a integridade moral do profissional da saúde, mas também permite a esse controlar as práticas, por vezes prevista e injusta, do acesso ao direito da mulher ao aborto legal. Entende-se assim, que o aglomerado das crenças individuais que constrói e sedimenta a vida do indivíduo por vezes não pode ser entendido como razoáveis para a acomodação pública, em especial quando o objeto da lide é a proteção de um direito fundamental, a saúde das mulheres.

Utilizo, como plano de fundo o conceito de dignidade da pessoa humana como pressuposto para que seja respeitada a autodeterminação de cada mulher ou homem, o qual possui razão e capacidade para decidir o que é bom ou ruim para si, de traçar seus objetivos de vida e de fazer escolhas fundamentais, e que devem ter, na sua origem, liberdade para guiar-se de acordo com sua vontade, desde que sua ação esteja amparada nos dispositivos das leis que formam o ordenamento jurídico pátrio. Portanto, não estamos em busca de encontrar culpados, julgar as condutas dos profissionais, mas sim identificar as causas que circunscreve a OC, e observar as práticas dessa conduta no ambiente institucional. Pretende-se ainda, revelar como o trabalho é sentido e apreendido pelos profissionais do PAVAS.

## **Tecendo as redes: escolhas metodológicas, ética e colaboradores da pesquisa**

Situada no Rio Grande do Norte, estado do nordeste brasileiro, Natal nasceu e se desenvolveu as margens do Rio Potengi. De um lado abriga a zona sul, leste e oeste, e do outro a zona norte. Deste modo, essa região têm limites bem definidos, e o seu

---

<sup>3</sup> “Providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação atinente à interrupção voluntária da gravidez, designadamente por forma a assegurar que do exercício do direito de objecção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde não resulte inviabilidade de cumprimento de prazos legais”. (Lei 90/97).



principal acesso se dá por duas pontes, quais sejam: Igapó e ponte Newton Navarro, esta última construída recentemente. Suas fronteiras encontrarem-se aportadas ao norte do rio, esta zona, foi cunhada popularmente de o outro lado do rio. Sendo a maior de Natal, tanto em extensão territorial quanto em população. No entanto, ainda sofre preconceito em consequência do modelo de urbanização periférica, na qual a parcela mais pobre da população é segregada e destinada a áreas humildes e específicas da cidade (Milton Santos, 1994). Observemos como se dá o loteamento das zonas no município de Natal.

No Rio Grande do Norte, temos em Natal duas unidades equipadas para realizar atendimento às vítimas de violência sexual à procura de acolhimento e possível abortamento legal: o Hospital Doutor José Pedro Bezerra e a Maternidade Escola Januário Cicco. Na Maternidade Escola Januário Cicco funciona o PROAMA - Programa de Atenção às Mulheres Vítimas de Agressão Sexual - e no Hospital de Santa Catarina o PAVAS - Programa de Atenção às Vítimas de Violência Sexual. Dentre estas duas unidades, escolheu-se como *locus* de pesquisa, a maternidade do Hospital Doutor José Pedro Bezerra, pois conforme veremos mais à frente, esta unidade hospitalar compreende maior parcela da população norte-riograndense.

A maternidade Santa Catarina é a segunda maior do Estado e é a instituição referência em partos de alto risco<sup>4</sup> e aborto legal. Neste hospital, são constantes os problemas de infraestrutura e falta de recursos humanos. Em razão disso, a partir de fevereiro de 2016, o hospital passou a funcionar de maneira regulada, ou seja, passou-se a atender as pacientes em situação apenas de “urgência” e “emergência” ou com encaminhamentos de outras instituições. No entanto, tal medida não diminuiu o congestionamento de pacientes, pois, por falta de profissionais, as enfermeiras que prestam o serviço de classificação de risco normalmente estão relocadas na emergência, prestando atendimento a outras pacientes. O que possibilita o fluxo de pacientes de baixa complexidade<sup>5</sup>, e consequentemente, fomenta a superlotação. Corroborando a isto, dados levantados por nós junto ao arquivo do hospital, revelam que a instituição realiza

---

<sup>4</sup> A Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (Caldeyro-Barcia, 1973).

<sup>5</sup> São considerados partos de baixa complexidade (ou baixo risco), todos aqueles que não apresentam fatores geradores de risco gestacional, tanto para o feto como para a mãe. (Brasil, 2012)



mais partos de mulheres de municípios circunvizinhos, Ceará-mirim, São Gonçalo do Amarante e Macaíba, do que de Natalenses.

E é dentro dessa realidade de falta de infraestrutura e recursos humanos que funciona o Programa de Assistência as Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), que segue um protocolo multidisciplinar (profissionais da psicologia, da assistência social, da medicina e da enfermagem), e o seguimento ambulatorial. Esta equipe detém o controle de medicamentos para profilaxia de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) virais e não virais e da anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte), mediação da notificação compulsória, registros e atualização de protocolos. Também é de responsabilidade do PAVAS a aprovação ou não dos casos de interrupção da gestação, quando solicitados pelas mulheres em situação de violência, oferecer suporte psicológico e social, antes e depois da interrupção, como também viabilizar o procedimento, cumprindo os protocolos recomendados pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2005).

## Metodologia

Para costurar este artigo, nos baseamos em dados coletados durante a pesquisa de campo na Maternidade Santa Catarina, realizada entre março de 2013 a dezembro de 2016. A primeira vez que adentrei as portas do Hospital Santa Catarina, ainda me lembro, era uma manhã chuvosa. Eu ainda estava na condição de estudante de graduação<sup>6</sup>, passaram-se os anos e em 2015 entre pela segunda vez, numa mesma manhã chuvosa, desta vez como estudante do mestrado. Durante esse período, foram entrevistadas onze profissionais da área da saúde, dentre elas: quatro enfermeiras, três médicas (ginecologistas-obstetras), uma técnica de enfermagem, duas assistentes sociais e uma psicóloga, que atuam no atendimento de pacientes vítimas de violência e/ou em busca do aborto legal. Para tanto, se fez necessário o uso de um roteiro semiestruturado, com nove perguntas. As entrevistas foram realizadas face a face, algumas com e outras sem aparelho de áudio<sup>7</sup>, pois algumas entrevistadas não permitiram a utilização deste equipamento.

---

<sup>6</sup> Como bolsista na pesquisa intitulada “Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte”. Coordenada pela Professora Doutora Rozeli Porto (DAN/PPGAS/UFRN).

<sup>7</sup> Para Eduardo Coutinho (2012) o uso de aparelhos de gravação de áudio cria um confronto entre o



Todas as entrevistas foram realizadas nas instalações do Hospital Doutor José Pedro Bezerra.

Destaca-se que todas as entrevistadas oficiais<sup>8</sup> são mulheres, o PAVAS é majoritariamente composto por mulheres, o único homem que participou efetivamente da equipe no ano de 2013 foi um médico, irmão de uma assistente social da equipe. No entanto, nesse mesmo ano ele pediu redistribuição para outro hospital. Sua irmã não informou o que lhe motivou a decisão, mas nos contou que ele reside na zona sul e por isto queria trabalhar em um hospital mais próximo da sua residência. No entanto, acreditamos que esse argumento não responde a decisão precoce, por entender que homens em serviço de acolhimento as vítimas de violência sexual podem tornar o atendimento mais traumatizante, visto que, assemelha-se aos atendimentos em delegacias, que geralmente é feito por homens, e das perícias – que só tem efeito quando realizada até dois dias depois do estupro – que também costuma ser executada por peritos do gênero masculino (Hotimsky, 2014). Acreditamos, então, que houve um desconforto do médico em relação a esse tipo de prestação de serviço. Evidencia-se também que todas as profissionais da enfermagem que compõe o quadro do centro obstétrico são mulheres. Então, dialogar com alguns profissionais com a identidade de gênero masculina se tornou inviável, haja vista que o campo obstétrico é formado em sua maioria por mulheres.

Lembro, que a pesquisa contou com nove profissionais como informantes gerais: três médicas ginecologistas-obstetras, um médico ginecologista-obstetra, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, dois recepcionistas da emergência do hospital, dentre outras conversas informais com acompanhantes de parturientes. A antropóloga Claudia Fonseca (1998) propõe uma “dialética” como norte da abordagem etnográfica, conforme a qual as conversas informais teriam um valor específico quando analisadas à luz de “um sistema de signos e relações de poder e significados que as animam”. Estas conversas informais, portanto, são úteis para nortear e identificar como acontece o atendimento das vítimas de violência sexual e conhecer um pouco mais sobre a estrutura

---

pesquisador e o seu interlocutor, e desse confronto resultará uma troca de saberes entre os indivíduos, todavia este diálogo se constrói de maneira assimétrica e não só porque você trabalha com classes populares sem pertencer a elas, mas simplesmente porque você tem um gravador, um instrumento de poder, ou seja, toda gravação tem que ser negociada, podendo vir ou não a acontecer.

<sup>8</sup> Entrevistadas oficiais correspondem as colaboras que responderam ao roteiro semiestruturado de entrevista.

física e hierárquica da instituição hospitalar, bem como as dificuldades de acesso enfrentado pelos pacientes que desejam atendimento de urgência/emergência.

De forma a promover uma melhor visualização das nossas entrevistadas, elaboramos a **Tabela 1** que indica, além das identificações, suas idades, profissões, locais de formação profissional, sua religião<sup>9</sup>, se participa de procedimentos de aborto legal, se participa do acolhimento das vítimas de abuso sexual.

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

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

Fonte: A autora (2018)

Para a descrição das nossas interlocutoras se fez necessário à utilização de pseudônimos para retratá-las. Cláudia Fonseca (2008) ainda ensina a necessidade de estabelecer um pseudocontrato escrito, que seria o consentimento informado (ou Termo de Consentimento Livre Esclarecido, seguindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS) com as interlocutoras da pesquisa, a fim de garantir que a sua identidade não será divulgada em tempo algum, bem como que na pesquisa não conterà indícios que tornem essa identificação possível, haja vista ser uma pesquisa sobre um tema tão caro como é o caso do aborto. Portanto durante a escrita da pesquisa essa

<sup>9</sup> A religião, como se percebeu no decorrer da pesquisa, funciona como um elemento amalgamador no discurso dos profissionais da saúde; na hora de participar ou não do acolhimento do aborto legal existem profissionais que justificam sua escusa, direta ou indiretamente, a partir do discurso religioso.

obrigatoriedade de omissão das características subjetivas dos interlocutores tem que permanecer.

Perfiladas nossas interlocutoras, podemos agora informar como foi realizado os passos da pesquisa sobre Violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma Maternidade Potiguar.

A primeira relação de troca foi revestida por elementos simbólicos (Schwade, 1992, p.50): “Você quer pesquisar aqui dentro? Vai ter que vir de bata, e colocar também um crachá!” ... Para viver no espaço do outro é preciso aceitar suas regras (Schwade, 1992, p.46), ou melhor, para pesquisar em instituições da saúde, não basta ser pesquisadora, tem que parecer uma profissional da saúde. Essa foi uma das primeiras imposições que me fizeram quando fui entrar em campo em 2013<sup>10</sup>. Mas, dos entraves que estavam por vir, à chuva, a bata e o crachá eram os menores problemas. Talvez isto fosse só um ensaio da trama burocrática que iria se iniciar.

Somos feministas acadêmicas, e por vezes quando estamos em campo, estes se mostram como campos de luta, e de disputa por acessos. Todo nosso capital simbólico e cultural se desmonta como um castelo de cartas, e a humildade e o fazer antropológico tornam-se a única porta de entrada para transformamos nosso campo em nossa selva, com o desejo que ele se torne nossa tribo, em que possamos vivenciar todas as etapas do rito: a chegada, a conquista, as angústias e o abandono (Buffon, 1992, p.56), não é algo fácil para uma aprendiz de antropóloga. Primeiro temos que vencer as barreiras burocráticas - são pilhas e pilhas de papéis, cartas de anuência, ofícios, memorandos, cópia do projeto, documentos perdidos, mudanças de gestores institucionais, mudanças de funcionários, greves, e quando tudo parece que irá dar certo, mais uma vez se perdem os papéis da pesquisa. O desespero começa a se alardear ao ponto de pensarmos: será mesmo que vai dar certo? Não seria melhor mudar o foco, o ambiente o interesse?

Mas, conseguimos a anuência. São meses de negociação para conseguir adentrar a maternidade, várias portas se fecham, enquanto outras que se abrem, após acessar o campo temos que nos adaptar a frieza do local e dos seus profissionais. Como nos lembra Elisete Schwade (1992), é preciso resistência para permanecer no campo, e questionar-se

---

<sup>10</sup> A pesquisa a qual me refiro é intitulada “Práticas e representações de Profissionais de Saúde relativas ao aborto legal e suas relações com mulheres usuárias do SUS em hospitais/maternidades no Rio Grande do Norte”. Coordenada pela Professora Doutora Rozeli Porto (DAN/PPGAS/UFRN).

sobre o significado da nossa presença nele. Para muitos, e para mim, frequentar o ambiente hospitalar sempre foi um exercício difícil, morte e vida se cruzam nos corredores, o cheiro que assola o ar é uma fragrância da angústia. Vamos ao campo com uma única certeza: A dúvida. A confiança consequência da modernidade, nos ajuda a criar redes de sociabilidade que costuramos ao longo da pesquisa.

Em 2015, entrei para o Mestrado de Antropologia e já conhecia o campo. A pesquisa mudou de foco: neste momento os olhos estavam direcionados as questões que envolvem objeção de consciência e aborto legal. Para dar-se o início, fez necessária anuência tanto da instituição pesquisada quanto do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UFRN).

O hospital Santa Catarina, sazonalmente tem greves de servidores, seguida normalmente de pedidos de exoneração do gestor, o que ocasiona a morosidade nos processos de pedido de pesquisa. Mas, depois de tantas idas e vindas ao RH acabei fazendo algumas colegas, que funcionaram como ferramentas importantes para conseguir a carta de anuência, pois me levaram pessoalmente a sala do vice-diretor e me apresentaram como “amiga da sua filha”. Neste sentido, Schwade (1992) observa as relações que se estabelecem com os sujeitos da pesquisa, e sobre a importância que esses desempenham na construção da nossa relação com o objeto de estudo antes do contato da situação de pesquisa de campo. Portanto, ser adjetivada como “amiga de sua filha” tornou, ao menos neste momento, as oposições ocupadas pelos sujeitos, pesquisador e pesquisado dentro do campo como algo próximo, cotidiano e diluído. O que oportunizou após algumas idas e vindas ao RH obter a carta de anuência e logo em seguida a aprovação do Comitê de ética e Pesquisa da UFRN<sup>11</sup>.

A pesquisa está ancorada no método qualitativo que faz uso da observação. Quando se fala em observação logo se vem à cabeça Malinowski (1976) e sua observação participante. Por entender que essa técnica de investigação é usada para observar e participar com maior lealdade e complexidade da realidade social estudada. Entende-se que é uma técnica que oscila entre aproximação e distanciamento. A ideia que institui esse método aufere que só será possível realizar a pesquisa por meio da convivência diária, da capacidade de entender o que está sendo dito e de participar das conversas e acontecimentos.

---

<sup>11</sup> CAEE: 57948116.8.0000.5537

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

Todavia, este não é o único método que seguimos, por entender que a observação participante descrita pelo paradigma malinowskiano está longe de conseguir trazer o entendimento efetivo da população estudada, porque apesar da antropóloga ser pesquisadora, ela também é sujeita política (Fonseca, 2008), e, além disso, os interlocutores e objetos da pesquisa se constituem de modo “híbrido” e “fluido”, portanto passíveis de mudanças (Hanerz, 1997). Por isso, a fim de permitir um maior aprofundamento sobre a realidade social estudada, combinamos metodologias variadas, tais como: entrevistas semiestruturadas, observação participante, e pesquisas na literatura e em dados oficiais.

Apesar de todas as combinações da metodologia antropológica, nos campos da antropologia da saúde nem sempre nosso arcabouço teórico metodológico encontra-se aportado apenas na antropologia (Franch; Fleischer, 2015; Costa, 2018), por vezes ele ultrapassa as barreiras e adentra outros limites como o da saúde coletiva, especialidades da biomédica ou mesmo dados da administração pública.

Para realizar etnografias em instituições de saúde busca-se “haver uma ‘troca’ para que o pesquisador e os pesquisados se sintam minimamente equitativos” (Fleischer, 2015), porque ao chegar ao novo campo de pesquisa existe uma situação de assimetria que é necessária ser restaurada a pés de igualdade, para assim haver o diálogo entre pesquisador e os demais participantes da pesquisa, diminuindo assim as possibilidades de “violência simbólica” (Bourdieu, 2007) que possam ocorrer durante o estudo, ou mesmo no momento de análise e escrita das informações, em que transformar pessoas de ‘carne e osso’ personagens genéricos’ ou pensar em ‘indivíduos representantes do seu grupo’ ainda é um problema para a antropóloga (Vagner Silva, 2000). Ainda assim, sabemos que a pesquisadora se posiciona num lugar privilegiado, tendo em vista que é ela que elabora



a bricolagem narrativa, na construção do texto etnográfico, selecionando as informações que serão analisadas e a forma como estas informações serão repartidas e apresentadas.

Destaca-se em tempo, que no cenário relativo à Instituição hospitalar do Estado do Rio Grande do Norte, a entrada ao campo e o acesso aos profissionais de saúde implica em três grandes dificuldades: 1) obtenção para autorização da realização da pesquisa; 2) localização de profissionais que estão envolvidos nos procedimentos relativos a vítimas de abuso sexual e abortamento legal; 3) problemas relativos à greve dos serviços públicos de saúde. Para que a pesquisa pudesse ser realizada, houve a necessidade de acionar vários setores da instituição hospitalar (Direção do hospital, e da coordenação do PAVAS, e do RH) e do Comitê de ética da UFRN.

Deste modo, este estudo busca analisar como as discussões contemporâneas sobre aborto legal e violência sexual são interpretadas pelos profissionais de saúde nesta instituição hospitalar, averiguando quais são os itinerários realizados por essas mulheres vítimas de violência sexual, até a chegada à maternidade; os tipos de encaminhamentos e tratamentos dados pelos profissionais de saúde a essas usuárias, verificando os possíveis argumentos elaborados para acionarem à “*objeção de consciência*”; bem como busca observar o funcionamento do *Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS)* dentro da instituição de saúde e da comunidade potiguar.

## **Suporte para suportar o sofrimento alheio**

A primeira vez que vi Dalva, 25 anos, ela estava levando uma senhora em uma cadeira de rodas para a sala do parto. Dalva foi ao posto de enfermagem buscar um par de luvas, e quando de repente se escuta um barulho seguido de gritos “TÁ DESCENDO, TÁ DESCENDO”, olhei para trás e vi que quem estava gritando era a senhora que Dalva estava encaminhando para sala de parto, e que ela estava ganhando nené. Ela estava parindo, na cadeira de rodas, no corredor, quase que sozinha.

Com a perna esquerda levemente levantada, fazia força, o estalo da sua língua tocando o céu da sua boca, seus dentes mordendo os lábios, seu rosto ruborizado, o som da borracha do pneu da cadeira de rodas, num instante imperceptível abafado pelo espetáculo do parto. Dalva correu, outras enfermeiras também. Chama à médica, a mulher está parindo! Gritaram. Dalva se abaixou, ficou de joelhos entre as pernas da mulher,

pedia força, mas não tinha mais força ali. Está coroando! A cabeça está saindo, está saindo. Mais força. Só mais um pouco. Oh ele aqui. O corpo todo desengonçado da mulher estava em sangue, o cordão umbilical ainda prendia a criança a ela. Passaram alguns segundos, e seus gritos cessaram aliviados e deram espaço a um choro agudo, de quem engolia a vida pela primeira vez. Nasceu! Ela conseguiu, dizia uma senhora que estava assistindo aquele ato, com um rosto assustado, pois sabia que logo seria sua vez. Ela conseguiu, sozinha, praticamente. Oh menino valente, imagine se esperasse até os 9 meses, disse à senhora.

Depois que as coisas se acalmaram um pouco fui conversar Dalva., ela disse que nunca quis ser médica, sempre gostou mais do trabalho das enfermeiras, se formou faz 3 anos, acabou cedo porque passou no primeiro vestibular, e assim que abriu concurso fez e passou, falou toda orgulhosa de si. Dalva nos disse que desde pequena é da igreja. O pai dela é pastor. Então crescer no espaço religioso não foi uma escolha. Tem muitas coisas que ela não concorda, e nos conta que:

**Dalva/Enfermeira** - sabe a mulher não tem que carregar um bebê e criar se engravidou por causa de um estupro, eu acho isso muita violência sabe? Ela já foi estuprada e ainda ficam julgando-a... Eu tenho é pena, quando tem caso assim eu sempre gosto de assistir, normalmente são mocinhas, ou mulheres da minha idade, dá tanta dor, uma vida destruída. Mas, tem gente que não quer se envolver, uma médica aqui mesmo disse que desde que atendeu uma moça não consegue mais dormir direito, a gente tem que saber separar as coisas, porque senão acontece isso.

A violência se reflete no ouvir, os profissionais por vezes recusam-se a realizar o abortamento legal por não conseguir escutar os relatos da violência, pois afirmam que não existem mecanismos para prepará-los ou mesmo acompanhá-los após conviver tão de perto com a violência sofrida por outra mulher, na mesma cidade, e muitas vezes da mesma idade. Desse modo, para ela, recusar-se auxiliar um abortamento, deve-se, também, ao fato de não querer escutar as histórias violentas. Estar inserida em um hospital como profissional, desperta inúmeros sentimentos a essas agentes isso porque trabalhar está intimamente relacionado a questões sociais. E diversas vezes o sofrimento pode se tornar frequente no cotidiano da equipe que lida com questões delicadas. Dejours (2007, p. 31) aponta que:

Outra causa frequente de sofrimento no trabalho surge em

circunstâncias de certo modo opostas àquelas que vimos de mencionar. Não estão em questão a competência e a habilidade. Porém, mesmo quando o trabalhador sabe o que deve fazer, não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonegam informações, prejudicando assim a cooperação etc. Nas tarefas ditas de execução sobeja esse tipo de contradições em que o trabalhador se vê de algum modo impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si.

Em alguns casos, os profissionais podem ser pressionados a trabalhar mal, moldando a sua prática ao que é melhor aceito socialmente entre os colegas, como veremos mais a frente. Todavia, estes profissionais sabem que a violência existe, sobretudo sexual, mas conviver com uma vítima face a face traz medo, e como proteção, esses profissionais acionam a objeção de consciência. A médica Paola expõe um pouco da necessidade que sente de um acompanhamento profissional para quem atua nesses casos,

**Paola/Médica** - Os médicos também precisariam ter um acolhimento psicológico para enfrentar este atendimento, porque eu me sinto violentada de participar de um aborto. Ter que iniciar colocar medicação, quer dizer, praticar... Eu não me sinto bem não. Eu faço porque se eu não fizer não tem ninguém.

Paola nos exhibe sua dificuldade de lidar com o sofrimento, mesmo sendo ela a coordenadora do PAVAS, admite que durante o atendimento são mobilizados inúmeros sentimentos,

**Paola/Médica** - Para falar a verdade eu não me sinto à vontade, nesses momentos eu sou também violentada em ter que lidar com essas coisas... Quando vemos uma pessoa passar por isso, e na maioria das vezes são adolescentes, às vezes até deficientes, então eu fico muito mal, passo pelo menos uma semana arrasada, no dia que eu faço um atendimento desse tipo eu nem consigo dormir de noite.

Leona também compartilha do sentimento que Paola expõe. Ela informa que em algumas ocasiões quando está no plantão recepciona mulheres vítimas de violência sexual, e que é muito desagradável ser a primeira a escutar suas histórias violentas, Leona refere-se à necessidade de acompanhamento psicológico após acompanhamento desse tipo de caso, como se vê no seu depoimento:

**Leona/Médica** – “É desagradável, quando chega um atendimento desse



a gente não gosta muito de fazer, a gente prefere que outra pessoa vá fazer. A gente como ginecologista já escuta muito coisa ruim. Então, essa parte de abuso sexual é terrível.”

Percebe-se, então, as nossas interlocutoras dividem um sentimento comum na hora de atender mulheres em situação de violência. Algumas chegam a rezar que estas pacientes com estes problemas não apareçam, como confessa Paola:

**Paola/Médica** - Sinceramente, eu acredito que ninguém ama fazer esse tipo de atendimento, a gente fica de cara com a violência, ela fica aqui na sua frente. Eu fico rezando para não aparecer casos de violência. É triste, ninguém gosta, é violento.

A solidão na atenção dessas vítimas de violência e a necessidade de um psicólogo para dar suporte à equipe é algo que chama atenção, pois não são só questões de ordem moral, ética, filosófica ou/e religiosa que atravessam a objeção de consciência, vê-se que neste tipo específico de atendimento são mobilizados sentimentos, vivências e medos. De Ferrante (2009) encontrou narrativas parecidas quando se refere aos sentimentos atrelados as dificuldades pessoais relacionadas ao atendimento. Cavalcante (2003) também verificou que o sofrimento referido pelos profissionais aparece com mais frequência nos depoimentos das enfermeiras e das médicas, fato este que também pode ser constatado nesta pesquisa. Cavalcante revela que o sofrimento demonstrado por estes profissionais diversas vezes está associado a dor e ao trauma por meio de um olhar biomédico, na visualização de sinais e sintomas vinculados a diagnósticos e tratamentos. Pois, por mais que estes profissionais se profissionalizem como “peritos da dor e da cura”, articulando em sua formação conhecimentos para saber lidar com a doença, outras dimensões atravessam suas práticas, como: compromisso, ética, lógica da escolha e do cuidado, e sofrimento difuso. Principalmente quando o tratamento em questão revela assuntos que são encarados como questões de privacidade, que tem neste momento a qualidade de tabus, que é a violência sexual.

Drezett (2005) corrobora informando ser uma postura comum, alguns profissionais de saúde quando deparado com situações de violência expressem paralisia, aleguem impotência ou não estar apto/capacitado para atuar nessas situações. Ou, temem se envolver em casos que acionem questões legais e éticas.

Consonante, Lima (2007) despona que a maioria dos médicos não está

habilitada emocionalmente para lidar com a atenção às mulheres em situações de violência, o que reflete na ascensão do trabalho da equipe. Schraiber (2011) também confere uma abordagem supervisionada dos serviços e dos profissionais, pois esta medida pode viabilizar a garantia da qualidade de atenção bem como a atuação sobre os desgastes e sofrimentos dos profissionais envolvidos. A supervisão se daria por profissionais especializados que segundo a autora possibilitaria o compartilhamento dos casos com as específicas ações adotadas, favorecendo o aprimoramento do trabalho na instituição; o trabalho de sentimentos mobilizados nesta atenção e; a retomada de uma perspectiva ética política de não violência, favorecendo os direitos humanos das mulheres.

Outra reflexão dos agentes de saúde que se alarga na angústia que reveste o atendimento, é a própria verificação da violência, que pode afetar a todos. A si mesmo e aos seus entes queridos. Esta observação por vezes pode se tornar insuportável, podendo repercutir no seu dia-dia e na sua percepção de segurança em relação à sociedade.

A psicóloga Jeane começou a clinicar na maternidade ainda muito jovem, tinha 23 anos, não conhecia a dinâmica de atendimento das vítimas de violência sexual, nunca havia atendido casos assim, veio constatar a realidade da violência quando se viu responsável pelo cuidado. Ela nos narra que:

**Jeane/Psicóloga** – Quando chegou um caso desses pela primeira vez, eu disse: Meu Deus, isso acontece mesmo. Eu vim para cá muito nova, então assim, assim que eu comecei atender e começou a chegar esse tipo de caso eu me assustava muito, me assustava mesmo, sem brincadeira, porque assim, parece que não é real, parece que você passa a vida toda num mundo diferente, mas a partir do momento que você sabe que aquilo pode acontecer com você também, e em qualquer classe social, qualquer idade, começa cair a ficha. E você começa a ter medo.

Os primeiros casos surgiram quando ainda era novata, em cada atendimento ela perdia um pouco das suas concepções sobre si, para adentrar na vida do outro, e aquilo aumentada sua visão do mundo, e os medos a sua volta. Na visão de Goffman (1999, p. 24) a novata

chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas das disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despedido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente,

mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele.

Deste modo, essas profissionais são sujeitas que, ao adentrarem nesse cotidiano institucional, embolsam normas prontas e devem adaptar-se as regras do jogo, ignorando até suas ideologias próprias.

Dentro desse contexto, talvez a primeira coisa a dizer a respeito da equipe dirigente é que seu trabalho, e, portanto, o seu mundo, se referem apenas a pessoas. Esse trabalho com pessoas não é idêntico ao trabalho com pessoal de firmas ou ao trabalho dos que se dedicam a relações de serviço; e equipe dirigente, afinal de contas, tem objetos e produtos com que trabalhar, mas tais objetos e produtos são pessoas. (Goffman, 2010, p. 70).

Nas instituições totais, existe a transformação das pacientes em produtos. Os indivíduos se dirigem a essas instituições a fim de tornarem-se outras sujeitas, resignar-se dos males, e os profissionais contribuem diretamente para a fabricação desse novo “eu”. E mais: cada sujeita dessa relação possui um status, suas próprias relações sociais e pessoais. Deste modo, os arrolamentos e suas reações também variam e, apesar dessas pacientes serem os “produtos” das instituições totais, alguns “padrões humanitários”<sup>12</sup> devem ser seguidos gerando mais um dilema para equipe: até que ponto aquelas normas devem ser seguidas e em que proporção as legislações pertinentes devem ser respeitadas, ou até que ponto os profissionais não podem se afetar?

O sentimento de medo e sofrimento se relaciona na convivência entre paciente e profissional, e se acentua quando o atendimento é realizado em crianças e adolescentes. Algumas de nossas participantes acreditam que a gravidade da violência em crianças e adolescentes se sobrepõe à violência perpetrada contra as mulheres adultas. Deste modo, a frieza profissional, muitas vezes argumentada como essencial para uma boa atuação, dá lugar a uma ternura seletiva, em que muitos, se permitem emocionar (Deslandes, 2004; Lima, 2007). Sobre essas agruras Rubi nos narra que:

**Rubi/Assistente social** – Chegou um caso aqui, uma criança, ela não dizia nada, nem olhava para a gente, e não era para menos... Um caso que me comoveu muito. Mas tem outros, são diversos casos que

---

<sup>12</sup> Goffman, 2010.

atendemos, mas criança é sempre difícil, principalmente quando é com nenê, criança de colo, vemos muito desse tipo aqui, inclusive dentro de casa, com o pai, com o padrasto, como o tio, já tivemos vários casos, é sem palavras. É mais difícil, bem mais que com adultas. Todas chocam, mas uma mulher adulta tem mais possibilidade de superar essa condição, você não acha?

Todas essas questões e seus desdobramentos normalmente provocam um sofrimento a essas profissionais e influenciam diretamente na construção da sua identidade profissional, a qual é idealizada pensada a partir da tese que “(...) em algum nível, toda organização inclui também uma disciplina de ser – uma obrigação de ser um determinado caráter e morar em determinado mundo”. (Goffman, 2010, p. 159).

O que foi observado, é que não é apenas a questão do aborto legal que está em jogo, mas existem profissionais que não atendem vítima de violência sexual por se sentirem constrangidos ou/e impotentes quando se deparam com histórias e vestígios de violência das vítimas de estupro, o que pode levar a graves desconfortos conforme elucidado por algumas de nossas interlocutoras.

## **Causas e efeitos da objeção de consciência**

Uma mulher vítima de estupro ao buscar uma instituição de saúde em busca do aborto legal poderá encontrar dificuldades em sua efetivação, pois embora essa prática seja uma exceção à regra penal, dentro do ambiente hospitalar essa prática se constrói em volta de um conflito entre a norma penal e a possibilidade ética dos profissionais de saúde.

Essa possibilidade ética dos profissionais é o que se conhece como “*Objeção de Consciência*” (OC), que consistiria no direito dos profissionais de saúde resguardarem seus princípios morais, religiosos, éticos ou filosóficos, os quais podem orientar como se dará o comportamento desses profissionais no serviço de saúde (Diniz, 2011; Porto, 2009). A partir desse entendimento, podemos configurar a OC como um dos entraves na busca pela interrupção da gestação, haja vista que tal conduta ratifica a ausência de profissionais dispostos a prestar atendimento para essas pacientes. Trazemos Vanessa, uma das ginecologistas do Centro Obstétrico, para exemplificar o discurso mais comum dos médicos quando convidados para participar destes procedimentos. Perguntei a Vanessa se ela já teria sido chamada para participar de um caso de aborto legal, e ela



respondeu:

**Vanessa/Médica** – isso me deixa assim transtornada, me deixa revoltada. **Pesquisadoras** – Como assim, o aborto ou a violência?

**Vanessa/Médica** – O aborto, eu disse logo não me chame para participar de um negócio desse, é muito ruim.

Mas, não é só Vanessa que tem esse tipo de reação, outras médicas também não se sentem confortáveis em participar desses atos, e que não utilizam a OC apenas em caso que não exista outra pessoa para realizar o abortamento, pois esta conduta seria prevista na lei. Farias e Cavalcanti (2012) também verificaram que assistentes sociais realizam acompanhamento nos casos de interrupção da gestação decorrente de estupro por este ser um direito já garantido por lei a todas às mulheres. Rubi, assistente social, também se sente confortável no berço da justiça, e transfere a responsabilidade da interrupção para a paciente,

**Rubi/Assistente Social** – Esse tipo de gestação a gente sempre dá apoio à paciente de acordo com sua especificidade. Se ela desejar fazer o aborto, que ela tem direito, que a justiça autoriza, nos damos o apoio necessário, apoiamos a decisão que ela tomar, não interferimos nessa decisão, toda a equipe, a gente deixa a cargo dela para ela decidir, só ela que pode decidir sobre a vida dela. Até porque se ela se arrepender foi ela que decidiu.

Seguindo este entendimento, Soares (2003) complementa que ao enfatizar que a mulher é quem decide pelo abortamento, o profissional de saúde encontra abrigo em um pressuposto atenuante para retirá-lo da responsabilidade deste ato. A médica Leona compartilha dessa ideia, e nos conta um pouco da sua experiência:

**Leona/Médica** – “Então, eu já fui chamada sim, mas não gosto, não 'estou salvando a vida de ninguém', pelo contrário, e esse é o meu princípio, eu fico aqui para salvar vidas e eu prefiro não iniciar com o misoprostol. Mas, se não tiver ninguém...”. **Pesquisadoras** – Caso não tenha outra médica você realiza o abortamento? **Leona/Médica** – Até faço, porque está na lei.

Deste modo, algumas de nossas participantes reconhecem a interrupção da gestação decorrente de estupro com um procedimento legal, o qual é um direito da mulher. No entanto, ao passo que reconhecem, ainda tem aquelas que preferem não atender esses casos por conflitos morais, como é o exemplo de Leona, que traz como

filosofia da medicina “salvar vidas”. A partir deste diálogo podemos perceber o surgimento de um conflito que integra a interpretação sobre o que seria abortamento para estas interlocutoras.

Este conflito estaria pautado no confronto entre “fazer nascer versus fazer morrer”, recorrente na literatura sobre o tema (Diniz, 2011; Motta, 2012). As profissionais demonstram que formação médica é preferencialmente para “salvar vidas” (Farias *et al*, 2012), este conflito pode estar intimamente ligado à construção do instinto e do amor materno (Bandinter, 1985) como conjuntos de valores sedimentados a partir de valores sociais, os quais orbitam em torno das mulheres e as condições historicamente atribuídas a estas. Vemos esta definição aprofundada por Flávia Motta (2012):

Não é só uma vida tal qual uma planta, um animal ou mesmo uma célula do corpo humano, porque, diferente desses casos, trata-se de vida que tem futuro de pessoa, é pessoa em potencial. Pessoa, pelo que se depreende desse discurso, é algo que se constitui gradativamente: uma vida que vai se tornar uma pessoinha, que um dia será uma pessoa. Dentro dessa lógica, o aborto interrompe esse futuro, um futuro que se torna cada vez mais presente à medida que a gravidez avança. Quanto mais recente a concepção, menos vida e menos pessoa. Quanto mais a gestação avança, mais se constitui a pessoa confirmando-se, portanto, a própria vida. (Motta, 2012, p.115).

Em respeito à identificação do feto enquanto uma vida humana, e da construção do instinto materno durante a fase de acolhimento social e clínico, trazemos a história de Sofia, uma adolescente de 13 anos que foi abusada sexualmente pelo marido da sua irmã mais velha, pastor da igreja evangélica que sua família frequentava. Sofia, assim a chamaremos, encontrava-se com 12 semanas de gravidez. Segundo a psicóloga Jeane, não tinha a mentalidade compatível com a idade cronológica: Uma menina com 13 (treze) anos de idade, corpo de 10 (dez) e mente de 5 (cinco); fazendo inferência ao desconhecimento da moça sobre sexo, vida e sociedade. Mas, mesmo apresentando esse quadro, Sofia foi informada sobre suas possibilidades legais, como também o seu direito de decidir se queria realizar ou não o abortamento.

O atendimento as vítimas menores de 14 anos, apesar de ser representada pelos pais, por ser menor de 16 anos, devem ter ciência do que está acontecendo com seu corpo, das possibilidades que ela tem, e mesmo que seus responsáveis queiram optar pela não continuidade da gravidez, quem deverá anuir é a adolescente (Ministério da Saúde, 2005).

Deste modo, Jeane a psicóloga outorgou autonomia a Sofia para decidir sobre o destino da sua vida e das interferências que podia haver ou não em seu corpo, a permitiu tomar decisões, e por este motivo os pais da adolescente ao descobrirem que o abortamento só iria acontecer após anuência da filha, afirmou que a profissional estaria induzindo a “menina”<sup>13</sup> a não abortar. No entanto, Jeane nos assegurou que em nenhum momento fez isso, que tal acusação era falsa, que nunca iria induzir uma paciente a não fazer o abortamento. Apenas fez o procedimento que tinha que ser feito, que estava nos manuais. Compreendemos que a profissional tentou seguir os trâmites inerentes a sua profissão averiguando comportamentos, desejos e alguma forma de conscientização da vítima.

Trâmites que não deixam de fazer parte do regime se suspeição, percebidos, de certa forma, pela família da garota. A situação era efetivamente crítica: a filha havia sido violada pelo marido da irmã, genro do casal, que além dos laços de parentesco apresentava-se como um homem da igreja, ou seja, um sujeito até então considerado acima de qualquer suspeita. Ambiguidades surgem nesse contexto familiar confundindo o profano e o sagrado advindos destas relações. De pastor e marido passa a ser aquele que violou a cunhada, irmã de sua esposa. Para a família naquele momento, o mais importante era livrar a filha desta situação, ou seja, livrar a família do escândalo ou de outros tipos de mazelas que estariam por vir – ou, talvez, já tivessem se instalado.

Retornando a entrevista com a psicóloga, um fato importante nos chamou atenção: ela nos disse que no momento da ultrassonografia Sofia não demonstrou nenhum carinho sobre o feto, ou nas palavras da profissional, “ela escutou o coração do bebê bater e não sentiu nada... Nada!”, logo em seguida mudou de conversa. A reação da psicóloga no que diz respeito a não identificação do feto como sujeito por parte de Sofia, nos leva a crer que sua sutil resistência e aparente indignação com a resposta da garota estão intimamente ligadas à construção do instinto e do amor materno. De qualquer modo, após idas e vindas, e da construção do “itinerário do aborto legal” normativos e persecutórios a interrupção da gravidez foi realizada.

No caso de Sofia, verificamos que os avanços da tecnologia de imagem contribuem para dar maior visibilidade ao embrião, o que, possivelmente, poderá

---

<sup>13</sup> É importante verificar que apesar da idade não ser mais uma “menina”, leia-se criança, a adolescente continuava sendo chamada de menina por todos a sua volta.

interferir nos valores subjetivos e representações em torno da gestação e do feto, pela mulher e pelo profissional, o que pode ser apontado como desafios para os profissionais frente à interrupção da gestação decorrente de estupro.

As que não escolhem o caminho da maternidade vão de encontro as atribuições historicamente atribuídas a elas: engravidar, amamentar, e cuidar dos seus filhos. E essas condutas seriam a razão pela qual a objeção de consciência é invocada por alguns profissionais. Como bem destacam Edlaine de Campos Gomes e Rachel Aisengart Menezes (2014) “o discurso sobre o valor da vida é o principal argumento contrário à realização do procedimento do abortamento – mesmo em casos autorizados por lei.”, ainda que saiba que tal procedimento é para, de certa maneira, salvar a vida daquela mulher. No entanto, observa-se nas falas dessas profissionais que há uma frequente vigilância contra o engano, que muitas vezes pode se dar por desconhecimento das normas técnicas ou mesmo penais.

Mesmo reconhecendo a norma penal, sabendo da permissibilidade, identificando os motivos que levaram a mulher a procurar o abortamento, à consciência das profissionais ainda colide e cerceia a prestação do atendimento. Vanessa é uma ginecologista obstétrica, é católica, fez primeira comunhão e crisma, a vida toda foi da igreja, para ela só quem pode tirar a vida é Deus, veio do interior quando passou no vestibular, mas nunca deixou de lado sua fé, até ajuda nos casos de violência quando pode, mesmo sendo muito difícil, mas nos casos de aborto ela mesma nos conta,

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

Mesmo reconhecendo a violência e a tipificando como uma atrocidade, ainda sim os argumentos de matriz religiosa, e seus dogmas gritam mais alto que os próprios gritos de socorro das pacientes, ora vítima, o que lacera um caráter de suspensão nessa sujeita. Também se percebe no discurso da Vanessa um deslocamento da mulher, ora essa mulher e vítima ora essa mulher e algoz. Já outros médicos afirmam que por não saber realizar as operações necessárias para resolver esta equação acionam a OC, mesmo sem

ter uma justificativa fundamentada nos ditames morais, filosóficos, éticos e ou religiosos. Leona, ginecologista obstétrica, nos conta que o PAVAS por mais que exista, ainda funciona em segredo, dentro da maternidade, muitos profissionais não sabem ao certo qual sua função ou mesmo que ele existe. Ela diz:

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

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

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

Nota-se que dentro da instituição existem profissionais que não reconhecem que possuem um papel importante na atenção com esta demanda. Lima (2007), ao analisar hospitais de referência para mulher em situação de violência na cidade do Rio de Janeiro, averiguou que na emergência, não havia uma equipe única de referência, definida para este tipo de atendimento. Outrossim, Soares (2003) exhibe que em um serviço da Paraíba de Atenção às Mulheres em situação de violência sexual e de atenção ao aborto previsto por lei, um dos grandes desafios foi compor a equipe, já que a participação profissional dependia de sua adesão, desafio este que também é encontrado na maternidade Santa Catarina, fato também comprovado por Porto (2009) em Florianópolis/SC.

Sejam por razões de objeção de consciência, ou por razões de não se acharem capacitados os profissionais se recusam a realizar os procedimentos que envolvam atendimento e acolhimento das vítimas de violência sexual que buscam o abortamento legal, e esta omissão acarreta numa verdadeira peregrinação, para encontrar profissionais que realizem o abortamento.



Dentro da instituição existe uma verdadeira caça aos “ovos”, para encontrar profissionais que realizem o abortamento, embora exista no PAVAS o apoio de uma médica, a qual se disponibiliza semanalmente a prestar atendimento às vítimas de violência sexual. O que é uma via de mão dupla, pois ao passo que existe uma médica que se disponibiliza a realizar tais procedimentos, outros profissionais justificam que não prestam esse tipo de atendimento, porque uma vez que há uma médica disponível não tem para quê outros.

Em conversas informais com uma médica plantonista, Renata, ela me perguntou se eu era estagiária, e eu respondi que não, que estava realizando uma pesquisa sobre objeção de consciência e violência sexual, aprendi desde cedo que falamos a palavra aborto no desenvolvimento da conversa, deixar surgir espontaneamente. Eu perguntei se ela já havia atendido algum caso de estupro que resultou em aborto legal, e ela informou que:

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

A ginecologista que Renata se refere corresponde à coordenadora do PAVAS, a Paola, que é a única profissional do programa que atua em regime de plantão uma vez na semana. Veja que há uma concepção que a equipe do PAVAS é quem tem o dever de atender essas atribuições. Observando isso, verifica-se que alguns profissionais se acomodam quanto à participação dessas ações e a manter-se ignorante quanto aos protocolos de atendimento. Ou seja, a mulher que procurar a instituição para interromper a gravidez pode se deparar com dificuldades na prestação do atendimento, situações como: morosidade no atendimento, por não haver um número suficiente de integrantes na equipe para realizar o atendimento, principalmente em regime de plantão, haja vista que frequentemente os profissionais se escusam em atender essas mulheres e constrangimento moral por ter que repetir inúmeras vezes à situação de violência, como visto no capítulo anterior.

Faundes (2006) chama atenção para as dificuldades de se cuidar de mulheres que sofreram agressão sexual, haja vista se um ato caracterizado através da vontade do profissional. E, pois, conviver com pessoas que sofreram violência pode mobilizar



sentimentos passados pelos próprios profissionais. Por entender isso, o autor assevera que estes profissionais deveriam ser criteriosamente selecionados e, para, além disso, deveriam também ser capacitados. Pois, não é surpresa encontrar profissionais que se dizem violentados ao serem forçados ao realizar o aborto legal. O que, decerto, é questão estruturante para retomada de direitos.

## **Os peritos da dor também sofrem: capacitação, estigma e sofrimento**

Como observamos nos tópicos precedentes existem dificuldades elucidadas pelos profissionais de saúde em realizar atendimento as mulheres vítimas de violência e mulheres vítimas de violência em busca de aborto legal. Todavia, não são apenas os profissionais que se recusam a participar dos procedimentos que tem dificuldades em atuar, os agentes que compõe a equipe multidisciplinar também apresentam dificuldades, o que, às vezes, pode estar interferindo na realização dessa tarefa. A assistente social Rubi é um exemplo, ela nos diz que se sente mal em ter que fazer esta missão que lhe foi deliberada e centraliza seu discurso em torno de sentimentos de impotência, se ela pudesse não realizaria esses procedimentos, pois a profissional que realiza pode acabar sendo estigmatizada dentro do ambiente hospitalar. Ela nos diz que:

**Rubi/Assistente social** – Oh se eu pudesse escolher, e principalmente tivesse outra pessoa, eu pedia a essa outra pessoa fazer, ir lá e atender. Tem pessoas que têm vocação para atender esses casos, que gostam de cuidar de mulheres nessa situação, isso não é uma coisa que eu goste. E ainda tem gente que chama a gente de aborteiras, ficam de cochichos pelos corredores, parece até uma piada. Isso tudo é muito pesado, o trabalho todo.

Percebe-se, então, que dentro da instituição há um preconceito cochichado por parte de outros profissionais pelo fato de existir uma equipe que realiza interrupções de gestação, adjetivando pejorativamente a médica que realiza as interrupções de aborteira. Soares (2003) em seu estudo também observou que este é um dos motivos de tensões existente nos procedimentos de abortamento, motivo que estimula o cultivo do segredo desse serviço dentro e fora da instituição, pois muitas vezes os profissionais que interrompem uma gravidez temem ser taxados de aborteiros. Da mesma forma, Farias e Cavalcanti (2012) e Silva (2017; 2021) consideram que o peso do estigma de aborteiro é

um fator preponderante para o déficit de profissionais disponíveis nos serviços para realizar o aborto previsto por lei.

Rubi nos conta que na maternidade houve um caso de aborto que causou muita controvérsia nos corredores da maternidade, pois outros funcionários ficaram sabendo da história e se posicionaram contra a realização do procedimento, por não acreditar que a gravidez havia sido advinda de uma violência. Este caso em questão é o de Elisabeth, “uma mulherona, bem alta, nem parecia ter 14 anos, eu dava uns 20, tinham um jeito de vivida, sabe?” descreveu Rubi. O conselho Tutelar do município de Extremoz, no uso das suas atribuições recebeu uma denúncia que relatava um caso de abuso sexual. Uma adolescente com problemas mentais estava sendo vítimas de abuso sexual, e que em consequência disto havia engravidado.

A denúncia partiu da escola da adolescente, que percebeu um comportamento incomum, agora a aluna estava sentindo enjoos matinal, e um dia desmaiou em sala de aula. Elisabeth chegou à maternidade acompanhada da conselheira tutelar e de sua mãe. Tomaram conhecimento do PAVAS no ITEP, portavam nas mãos um BO, e se encaminharam direto para a equipe multidisciplinar. A jovem não falava nada, se recusou a fazer a profilaxia e a tomar os medicamentos para DSTs, não queria realizar nenhum exame. Ela não tinha documentos, nunca foi registrada, não tinha cidadania. Foi jogada de uma casa para outra, passou por casas de tios, avós, e agora estava morando com uma “mãe de criação”.

Sua mãe estava enfurecida com a situação, não queria estar ali, mas queria dar fim aquela gravidez, a todo tempo falava que não suportava mais Elisabeth, que ela só dava desgosto, que ela se relacionava com diversos homens, mas a assistente social Rubi nos disse que aquilo era um teatro, que na verdade a mãe de Elisabeth estava querendo confundir “ela estava com medo mesmo era da justiça, ficava querendo dizer que a menina era promiscua para não levar a culpa e o pior é que muita gente aqui estava acreditando, e ficavam colocando pressão para não aprovarmos a interrupção.”. Depois de muita insistência Elisabeth falou com dificuldade que tinha um namorado com quem conviveu em um “barraco” no quintal da casa da sua mãe, e que homens frequentemente se dirigiam a sua casa para “agarrá-la”. A conselheira tutelar afirmou que já foi instaurado um inquérito para investigar o possível caso de exploração infantil. Rubi disse que algumas pessoas depois desse caso passaram a olhá-la no corredor com cara feia, ela nos

narra que:

**Rubi/Assistente social** – Algumas pessoas acham que fazemos isso porque gostamos. Ninguém gosta de fazer aborto, essa é a verdade. Mas a jovem havia contraído a gravidez por causa de uma violência, na verdade a vida dela era toda repleta de situações violentas, ela com 14 anos e ainda não tinha nem certidão de nascimento. Era um descaso total. E ainda ter gente, que trabalha aqui, que sabe, que vê, que a gente não faz porque escolheu fazer, que fica julgando é muito ruim, fica muito mais difícil trabalhar sem apoio, sem reconhecimento.

Quando o indivíduo é posto como última razão, está executando algo obrigado, por não haver outro profissional que o faça, como é o caso das integrantes do PAVAS, se não for elas, não será ninguém, seu trabalho pode se tornar enfadonho, burocrático e/ou um imenso desafio de ser concretizado, o que ocasiona desmotivação, e o sofrimento passa a ser elemento comum nas suas rotinas.

[...] a noção de sofrimento apresenta a vantagem de articular aquilo que existe de mais singular no comportamento de cada sujeito com a dimensão coletiva da ação, graças à noção de sublimação. Enfim, a problemática do sofrimento permite dar conta, de maneira igualmente satisfatória, tanto da motivação e do prazer no trabalho como da desmotivação e dos efeitos patogênicos do trabalho. (Dejours, 2013, p. 161).

O sofrimento em realizar o trabalho, portanto, engloba pontos externos e internos a organização em que o profissional está inserido, relacionando-se inclusive com a identidade que é aferida a partir das suas funções laborais, que podem carregar um status positivo ou negativo. Logo, o “trabalho é mais que trabalho porque produz e confere identidade, não só relativa ao universo do trabalho, como também em relação ao mundo social em que os indivíduos habitam” (Moraes, 2005, p. 215). Por vezes essas profissionais podem ser entendidas como figuras que ajudam, e de grande força dentro da instituição, por suportar carregar estas histórias, e por vezes podem ser entendidas como quem ajuda a interromper uma gravidez, a dar cabo de uma “vida”.

Sentir prazer em atuar em determinadas causas também está relacionada às condições estruturais para a realização do trabalho, como já exposto a maternidade destoa de uma boa condição física, ou aspecto que se relaciona ao prazer em desempenhar determinada função é o reconhecimento da sua função como fundamental dentro daquele grupo social, este reconhecimento deve ter caráter positivo, e refletir a necessidade dessas

profissionais atuando neste espaço. Uma vez que, sua função carrega um status negativo, será bem mais dificultosa de ser conviver com os aspectos que delineiam as práticas laborais. De forma geral, e valendo-me dos diálogos que conduzi com a equipe, para essas profissionais o reconhecimento é elemento essencial na construção do bem-estar em relação ao cargo que se ocupa.

Como abordado anteriormente, além deste fator, adicionam: o medo de serem penalizados judicialmente, os valores éticos, morais, filosóficos e religiosos, onde estão ancoradas suas práticas, suas concepções e valores pessoais e desconhecimento dos profissionais quanto à legislação do aborto. Na realidade, muitas são as interferências individuais que se sobrepõem ao compromisso de atenção às mulheres nos serviços de saúde, negado e justificado como objeção de consciência.

Ademais, esse debate em torno do sofrimento sentido pelas integrantes do PAVAS, colabora para estabelecer questões relacionadas à prática profissional e aos consequentes usos da objeção de consciência. Creio que reconhecer o percurso que essas sujeitas percorrem para a edificação dos seus discursos e de suas práticas é mais proveitoso do que analisar a prática em si, “nua e crua”.

## **Entre posturas mais urgentes: algumas considerações finais**

Busquei analisar neste artigo como são interpretados os possíveis argumentos elaborados para acionar à “objeção de consciência”; ainda procuramos observar a efetividade e exposição do Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), do hospital José Pedro Bezerra, cidade de Natal, dentro da instituição de saúde e da comunidade potiguar.

Além disso, observou-se que existem inúmeros desafios encontrados pela equipe do PAVAS dentro instituição para realizar o atendimento desses casos. Devo advertir que não buscamos com isso vitimizar esses profissionais, assim como não buscamos definir que os outros atores sociais que acionam a OC são vilões, intenciono aqui chamar atenção para todas as emoções que circunscreve a vivência que esses profissionais estão submetidos, pois a realidade não é igual para todos, dar as costas para isso seria um equívoco ético, da nossa parte, de modo a alimentar uma epidêmica hostilidade aos profissionais.

Estar em uma posição considerada “qualificada” em relação aos demais agentes não significa que o sofrimento inexistente, ao contrário, cada um desses personagens enfrenta distintas situações de mal-estar. Desde a obrigação da realização de atendimentos em (des)virtude de não existir outros profissionais que o faça, a sobrecarga psíquica dos relatos das vítimas de violência sexual, a falta de estrutura física e local específico disponível para tratamento adequado desse tipo de caso.

A objeção de consciência não se constitui como um direito absoluto, e seu agenciamento deve ser resultado do arranjo entre direitos e valores minimamente razoáveis para uma sociedade justa, com danos mínimos para a mulher que busca atendimento hospitalar. Esta dissertação buscou analisar as duas principais teses sobre a objeção de consciência, a da incompatibilidade, por questões de foro íntimo e a tese da integridade, acesso ao direito, e propôs a tese da defesa da consternação, que reflete a dor do profissional. A tese da consternação admite a necessidade de se proteger a integridade moral do profissional da saúde, mas também permite a esse controlar as práticas, por vezes prevista e injusta, do acesso ao direito da mulher ao aborto legal. Entende-se assim, que o aglomerado das crenças individuais que constrói e sedimenta a vida do indivíduo por vezes não pode ser entendido como razoáveis para a acomodação pública, em especial quando o objeto da lide é a proteção de um direito fundamental, a saúde das mulheres.

Verificamos por meio dos discursos dos profissionais que atuam no serviço de assistência das vítimas de abuso sexual, como são tecidas as práticas de acesso e a confecção de documentos institucionais na celeuma da peregrinação da ascensão do direito a saúde. Também buscou-se observar qual a representação sobre violência sexual que fomenta esse discurso; como a vítima é desenhada no imaginário desses profissionais e quais textos e performances ela deverá construir no ambiente hospitalar para ter sua violência reconhecida como tal e o acesso ao aborto legal por consequência concedido.

Ou seja, se por um lado o serviço de aborto legal possibilita a realização do aborto para mulheres que engravidaram vítimas de um estupro, por outro, o mesmo sistema que confere esta exceção atualiza as normas que indicam que a prática de outros tipos de interrupção da gravidez, que não por via de estupro e realizado em ambiente hospitalar, são tipificados ilícitos penais, passíveis de sanções.

Encontra-se então, um sentido duplo e paradoxal: o sistema se constitui como autorregulatório, pois por si só, traduz a norma que autoriza ou não o abortamento, bem



como irá informar que o abortamento não se encaixa na norma, portanto está fora da lei. Por se ter caráter de exceção, as instituições que conferem este direito identificam quais sujeitas podem realizar o abortamento. Se gestantes de uma violência sexual comprovada, haverá direito ao abortamento.

Desta maneira, visualizamos que existem embargos encontrados pela vítima para efetivar o atendimento médico dessa natureza, sendo frequente o uso da “objeção de consciência” por profissionais da saúde quando estão frente a frente com casos de aborto. Porém, destaca-se que a objeção de consciência tem que observar alguns princípios elencados nos códigos de ética dos profissionais envolvidos nesses casos e nas normas técnicas do Ministério da Saúde, como já tratado ao longo do texto, quando esses não são respeitados é possível identificar a omissão por parte do profissional de saúde, o que possibilita o Estado ser acionado para responsabilizar civilmente e penalmente a paciente que não teve o serviço de saúde prestado por omissão do seu agente público.

Deste modo, não é apenas a questão do aborto legal que está em jogo, mas existem profissionais que não atendem vítimas de violência sexual, por se sentirem numa situação de impotência em relação à violência, e até por se sentirem, também, constrangidos diante dos fatos narrados, o que poderá acarretar graves desconfortos psíquicos.

## Referências

BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao).

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações



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

BOURDIEU, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

BUFFON, Roseli. Encontrando uma tribo masculina de camadas médias: A subjetividade na construção do objeto de pesquisa. In: *Trabalho de campo e subjetividade*. ORG: GROSSI, MIRIM PILLAR. PPGAS/UFSC. 1992.

BUZANELLO, José Carlos. Objeção de consciência: um direito constitucional. *Revista de informação legislativa*, v.38, n. 152, p. 173-182, out./dez. 2001.

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

CAMPBELL, Marie. GREGOR, Frances. *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Ontario: Garamond Press. 2008.

CAVALCANTE, Maria de Belém Gomes. *Humanização no processo de formação de profissionais de saúde: experiências de alunos do curso de graduação em enfermagem*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

COSTA, Maynara. Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 200, p. 1-12, 2018.

COUTINHO, Eduardo. O cinema documentário e a escuta sensível da alteridade. *Projeto História: Revista Do Programa De Estudos Pós-Graduados De História*, v.15. 2012.

DE FERRANTE Fernanda Garbelini; SANTOS, Manoel Aantônio dos; VIEIRA, Elisabeth Mmeloni. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.31, Oct./Dec. Botucatu, 2009.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 2007.

DEJOURS, Christophe. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, v.33, n.2, 9-28. 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira. *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios*. Tese Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.



DINIZ, Débora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*. Rev. Saúde Pública, v.45, n.5, São Paulo, 2011.

DREZETT, Jefferson Ferreira. Painel de descriminalização do aborto. Brasília. *Secretaria especial de Políticas para mulheres*. Brasília, 2005.

FARIAS, Rejane Santos e CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.7, 1755-1763, 2012.

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

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso) v.16, p.935 - 944, 2011.

FLEISHER, Soraya. FRANCH, Mônica. UMA DOR QUE NÃO PASSA: Aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças compridas. *POLÍTICA & TRABALHO Revista de Ciências Sociais*, nº 42, Janeiro/Junho de 2015, p. 13-28.

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

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

GOFFMAN, Irving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 6 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

GOFFMAN, Irving. Comportamentos em Lugares Públicos – *Nota sobre a organização social dos ajuntamentos*. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

HANNERZ, Ulf. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. *MANA*, v.3, n. 1, pp.7-39, 1997.

HOTIMSKY, Sonia. O impacto da criminalização do aborto na formação médica em obstetrícia. In: *Políticas e fronteiras*. Luzinete Simões Minella, Gláucia de Oliveira Assis, Susana Bornéo Funck (orgs). Tubarão: Ed. Copiart, 2014.

LIMA, Jeanne de Souza. *As respostas dos serviços de saúde frente às mulheres em situação de violência sexual: reflexões a partir da percepção das profissionais de saúde do setor de emergência*. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva -Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007.



- MALINOWSKI, Bronislaw. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo, Abril Cultural, 1976.
- MORAES, Pedro. A identidade e o papel de agentes penitenciários. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, v. 25, n. 1. 2013.
- MOTTA, Flávia de Mattos. Não conta pra ninguém: o aborto segundo mulheres de uma comunidade popular urbana. *Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Editora Insular, 2012.
- PORTO, Rozeli Maria. *Aborto legal e o cultivo ao segredo: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal*. Florianópolis: Tese de Doutorado 2009. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2009.
- SANTOS, Milton. *A Urbanização Brasileira*. São Paulo: Hucitec.1994.
- SILVA, Maynara Costa de Oliveira. *A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar*. Dissertação de Mestrado. Brasil. 2017.
- SILVA, Maynara. Estigma, aborto legal e objeção de consciência em tempos de pandemia de violência sexual. *Jus Navigandi (Online)*, v. 1, p. 1-3, 2020.
- SILVA, MAYNARA COSTA DE OLIVEIRA. Uma coisa são as leis, outras são as práticas: itinerário do aborto legal em um serviço de Estado. *Revista Espaço Acadêmico*. Maringá/PR. 2021.
- SILVA, Vagner Gonçalves da. As esquinas sagradas: o candomblé e o uso religioso da cidade. Na metrópole: textos de antropologia urbana. Tradução. São Paulo: Edusp, 2000.
- SCHWADE, Elisete. Poder do “sujeito”, poder do “objeto”: Relato de um experiência de pesquisa em um assentamento de trabalhadores rurais. In: *Trabalho de campo e subjetividade*. ORG: GROSSI, MIRIM PILLAR. PPGAS/UFSC. 1992.
- SOARES, Gilberta Soares. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S399-S406. 2003.