

Vanessa Canabarro Dios

A palavra da mulher:

práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil

Brasília – DF

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vanessa Canabarro Dios

A palavra da mulher:

práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Co-orientador: Prof. Dr. Jefferson Drezett Ferreira

Brasília – DF

2016

Vanessa Canabarro Dios
A palavra da mulher:
práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de doutora em Ciências da Saúde.

Aprovada em 22 de julho de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Debora Diniz
(Orientadora – FD/UnB)

Profa. Dra. Dirce Guilhem
(Membro Titular – FS/UnB)

Profa. Dra. Valeska Zanello
(Membro Titular – IP/UnB)

Profa. Dra. Tania Mara Campos de Almeida
(Membro Titular – Sol/UnB)

Prof. Dr. Alberto Madeiro
(Membro Titular – FM/UEPI)

Profa. Dra. Lívia Barbosa
(Membro Suplente – Ser/UnB)

Brasília – DF
2016

RESUMO

Esta é uma pesquisa sobre como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima de violência sexual tenha acesso ao aborto legal no Brasil. Foram entrevistados 82 profissionais de saúde de cinco serviços de referência para aborto legal, um de cada região do país, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. Um roteiro semiestruturado composto por 15 perguntas guiou a entrevista. Por meio das entrevistas busquei compreender procedimentos e práticas a que a mulher é submetida para ter acesso ao aborto legal. Apesar de particularidades na organização e no funcionamento dos serviços, identifiquei um regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher que se expressa por práticas periciais em torno do acontecimento da violência e da subjetividade da vítima. O testemunho, a confissão, o inquérito e o exame refletem os eixos analíticos que movimentaram as práticas periciais. A verdade do estupro para o aborto legal não se resume à narrativa íntima e com presunção de veracidade, conforme previsto pelas normas técnicas do Ministério da Saúde. É uma construção moral e discursiva produzida pela submissão da mulher e dos serviços a uma ordem patriarcal vigente.

Palavras-chave: Aborto. Aborto legal. Violência contra a mulher. Violência sexual. Brasil.

ABSTRACT

The research examines how the truth about rape is constructed, so women who present themselves as victims of sexual violence may access legal abortion in Brazil. The survey interviewed 82 health professionals in five legal abortion reference services, one in each region of the country. Medical doctors, nurses, nursing assistants, social workers and psychologists were interviewed in a 15 items semi-structured questionnaire. My goal was to assess procedures and practices women were submitted to access legal abortion. In spite of particularities in the organization and functioning of the services, I identified a shared regimen of suspicion around the narratives of women. This is put in practice by means of forensic procedures on the act of violence and on the victim's subjectivity. The witnessing, the confession, and the examinations reflect the analytical axis that move the forensic procedures. Contrary to what the technical norms of the Ministry of Health state, the truth about rape for the legal abortion is not limited to the personal narrative and presumption of truthiness; it is a moral and discursive construction produced by the submission of women and of the services to a ruling patriarchal order.

Keywords: Abortion. Legal abortion. Violence against women. Sexual violence. Brazil

SUMÁRIO

PRÓLOGO	6
INTRODUÇÃO	9
1 DOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL	13
1.1 Legislação e políticas públicas	13
1.2 Vidas precárias e vidas choradas	16
1.3 Direitos e precariedade da vida	19
1.4 A engrenagem da saúde e os serviços de aborto legal	21
1.5 A instituição a serviço do patriarcado	25
2 DAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	28
2.2 Sobre a história interna e externa da verdade	28
2.2 Sobre a pesquisa e as entrevistas	31
2.3 Sobre os aspectos éticos	35
3 DO ENCONTRO COM O PODER	37
3.1 Da violência silenciada e impronunciável	39
3.2 O testemunho como produção de verdades	43
3.3 O paradoxo do testemunho: o que ‘fala por’ e o que ‘cala’ as mulheres	48
3.4 Das regras, termos e protocolos dos serviços	50
3.5 Um acontecimento de linguagem	57
4 SOBRE A CONSTRUÇÃO DA VERDADE	60
4.1 Economia moral do trauma	61
4.2 Da clínica da assistência à clínica da perícia	68
4.3 Do percurso: entre a chegada e saída	71
5 DAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA ÀS PRÁTICAS PERICIAIS: O DISCURSO DE UBU	76
DA CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	96
ANEXOS	100

PRÓLOGO

Este estudo é fruto de uma inquietação de 18 anos de trabalho no atendimento psicológico a vítimas de violência sexual no serviço público de saúde do Distrito Federal. Tal inquietação decorre de histórias e vivências de sofrimento de mulheres, crianças e adolescentes que foram assistidas. Não falo de cifras e de números, mas de rostos e de nomes. Falo do contato que tive com essas mulheres e meninas, do sofrimento que compartilhei ao atendê-las. Falo de um lugar real de encontro.

Diz-se que quem passa por uma situação de violência sexual e consegue contar sua história é uma sobrevivente. Portanto, tive oportunidade de conhecer muitas sobreviventes. Algumas consegui acolher, outras não. Algumas sequer chegaram aos serviços de saúde. As sobreviventes são mulheres com nome, com família, com biografia e, nesse sentido, são também mulheres comuns. Mulheres como todas as outras, mas que tiveram suas vidas marcadas por ações violentas. As histórias de estupro, dor e violência chegam até a maioria das pessoas por meio de notícias de imprensa e, da mesma maneira como chegam, vão embora. As narrativas se dissipam e saem de cena. Há uma impressão de que a violência está muito longe e que as histórias são somente histórias distantes do cotidiano.

O atendimento às mulheres vítimas de violência traz a profissional para perto de uma história real, mostrando com terrível nitidez a dor dessas mulheres. Susan Sontag, em *Diante da dor dos outros*, fala sobre a importância das histórias e das imagens, especificamente da fotografia, para conhecermos os infortúnios da guerra: “Quando há fotos, uma guerra se torna real” (SONTAG, 2003, p. 87). Sem as fotos, não haveria como saber da existência da guerra.

Mesmo que sejam apenas indícios e não possam abarcar de forma plena a realidade a que se referem, as histórias exercem uma função essencial. É por intermédio delas que podemos nos aproximar de um tipo de dor que somente quem viveu a violência é capaz de sentir. Dessa forma, vejo-me também envolvida com as histórias dessas mulheres. Tal proximidade por vezes pode nos impedir de olhar os fenômenos a partir de um contexto mais amplo. Roland Barthes, em *A câmara clara*,

descreve o doloroso trabalho de busca por uma foto que retratasse a essência de sua mãe falecida havia pouco (1984). Nessa procura ele se percebeu, em algum momento, pensando nas fotos e, mesmo sem tê-las diante de si, só de se lembrar delas, por vezes tinha as imagens mais nítidas no pensamento do que quando as via concretamente: “Nada de espantoso, então, em que às vezes, a despeito de sua nitidez, [...] quando estando a foto longe de meus olhos, penso nela novamente” (BARTHES, 1984, p. 83). Assim, às vezes é necessário afastar-se da foto para poder vê-la. Afastar-se do contexto para poder ver e pensar o contexto. Com a proximidade, existe um esforço de descrição, de envolvimento, que impede que se olhe o fenômeno a partir de todas as suas características. O distanciamento, nesse sentido, facilita o olhar.

E, em algum momento, senti que precisava de algo novo. Precisava ver essas mulheres de maneira diferente, precisava encontrar respostas diferentes. Percebi que precisava mudar o meu lugar. Era necessário afastar-me um pouco para poder enxergar melhor. Agora assumo o papel desafiante de pesquisadora. Nesta posição analítica, posso me distanciar um pouco do papel da assistência e deixar de ficar presa apenas aos meus conhecimentos, sentimentos e impressões do *jaleco branco*¹.

O intuito deste trabalho é o de produzir dados e, aliado à minha experiência pessoal no atendimento, discuti-los e interpretá-los, e assim produzir conhecimento. Há algo que precisa ser entendido. As mulheres e meninas têm o direito previsto pelo Código Penal para a realização do aborto em casos de estupro e há uma política pública que reconhece e orienta os serviços nesse sentido.² Se a prática do aborto em decorrência do estupro é um direito das mulheres, por que elas têm dificuldade de acesso a esses serviços? Por que as equipes de saúde têm receio em falar sobre o trabalho que realizam? Em que medida os profissionais de saúde, representando os discursos de saber e poder, dificultam o acesso ao aborto legal? Em que medida as

¹ *Jaleco branco* foi terminologia utilizada por Debora Diniz (2015) para descrever os profissionais de saúde que atuam na assistência à saúde de mulheres em privação de liberdade no presídio feminino de Brasília. Pego emprestado esse termo para descrever os poderes e saberes médico e psicossociais que oferecem assistência às mulheres nas instituições de saúde e que tradicionalmente vestem jaleco branco.

² O Código Penal, art. 128, despenaliza o aborto em caso de gravidez resultante de estupro.

mulheres não seriam capazes de fazer escolhas por si próprias e de decidir sobre o melhor para a sua saúde e sua vida?

Pretendo olhar de maneira diferente para as fotografias e imagens aqui representadas pelas histórias contadas por profissionais de saúde que atuam em serviços de aborto legal. As fotografias não devem jamais deixar de me perseguir, conforme afirma Sontag (2003, p. 95): “Que essas imagens atrozess nos persigam insistentemente”. No entanto, buscarei me aproximar a partir da reflexão e de um aparente distanciamento da foto, como propõe Barthes. Nesse sentido, ouvir as histórias contadas por profissionais sobre sua experiência com as mulheres que procuram realizar o aborto previsto em lei pode indicar caminhos para entender as dificuldades enfrentadas por elas na busca de acesso a um direito.

INTRODUÇÃO

Maria é uma menina de 11 anos que engravidou de seu tio.³ Esse é um nome comum para me referir a essa garota, porque as meninas que vivenciam violência sexual poderiam ser meninas comuns como todas as outras, que gostam de brincar, que vão à escola, que têm amigos e amigas. O que Maria tem de diferente da maioria das crianças é um tio violentador — um homem casado com sua tia, irmã da mãe, que a violou sexualmente e a engravidou. Maria ficou 22 semanas com o corpo grávido e com sua história de violência silenciada. Não conseguia contar sua história, não podia falar sobre sua experiência. A mãe a levou ao médico pediatra porque a menina se queixava de algo diferente que mexia dentro de sua barriga. Ela achou que a filha estivesse com verme ou com alguma outra doença. O pediatra pediu alguns exames e a verdade do corpo foi anunciada: “sua filha está grávida”.

A mãe solicitou que o aborto⁴ fosse realizado, mas o tempo de gestação e a dúvida sobre a vontade da garota — abortar ou não — foram utilizados pelo serviço de saúde como um impeditivo à realização do procedimento. Por isso, a família foi à Defensoria Pública para solicitar um alvará judicial que lhe garantisse esse direito. A Defensoria Pública me solicitou, então, um parecer no qual três perguntas deveriam ser respondidas:

1. “É possível apontar qual seria a vontade da menina, ou seja, interromper a gravidez ou continuar com a gestação?”
2. “Maria estaria preparada para tanto, isto é, ela parece demonstrar condições psicológicas de se submeter à interrupção da sua gravidez?”

³ Maria (nome fictício) e sua mãe foram atendidas por mim em janeiro de 2014 a pedido da Defensoria Pública para a realização de um parecer psicológico.

⁴ Não há consenso no uso dos termos ‘abortamento’ e ‘aborto’, de tal forma que eles vêm sendo utilizados como sinônimos. Alguns autores diferenciam um do outro, sendo o ‘abortamento’ o processo de expulsão do feto e ‘aborto’ o produto expelido (BASTOS, 1999; DREZZET e PEDROSO, 2012). Nos textos legais e jurídicos o termo ‘aborto’ é frequentemente utilizado, já o Ministério da Saúde tem preferido utilizar ‘abortamento’ para se referir ao mesmo processo de expulsão. Para esse estudo optei pela utilização dos dois termos como sinônimos.

3. “Pode-se dizer qual das realidades parece mais traumática a ela (ter o filho ou abortar)?”

Maria é uma sobrevivente de uma violência cruel, sobrevivente de uma barriga que mexe, traduzida como gravidez, e sobrevivente a dezenas de pessoas que a ouviram e a interpelaram sobre essa história. Maria não conseguiu realizar o aborto, mesmo tendo obtido a autorização judicial. Precisou aprender a lidar com a constante lembrança da violência atualizada a cada movimento do feto em seu corpo. Saiu da escola, afastou-se dos amigos e fez silêncio de sua história. Gostaria que a história de Maria e as questões postas pela Defensoria Pública norteassem a leitura desta tese.

*

A interrupção da gestação no Brasil só pode ser realizada em três situações: a) quando a gravidez é decorrente de estupro, ou por analogia, por outra forma de violência sexual; b) quando não há outro meio de salvar a vida da gestante (BRASIL, 2001); e c) nos casos de fetos anencéfalos (decisão do STF, 2012). Nas situações de risco de morte da mãe e em casos de anencefalia, os saberes biomédicos desenvolveram práticas e rotinas de exames, laudos e arquivos para demarcar as fronteiras do que se encaixaria ou não na lei penal. Nos casos de gestação por estupro, não ficou claro como essa fronteira seria demarcada. Em geral, não há flagrante na cena do estupro e a maioria das mulheres que chegam ao serviço de aborto legal não tem no corpo a marca da violência sexual. Não há exame para comprovar se a gestação de uma mulher ou menina é decorrente de estupro e, em geral, a única voz para se poder acessar a verdade da experiência traumática é a da própria vítima.

Tal regime de exceção do direito ao aborto no Brasil provoca nos serviços de saúde uma política de suspeição, na qual a fala das mulheres e meninas é constantemente colocada em juízo — teria ela vivido o estupro ou não? Ela se encaixaria num dos casos previstos pela lei? Se sim, o aborto seria um direito; caso não, seria um crime. Visando proteger as mulheres e meninas que viveram violência sexual e oferecer os cuidados de que elas necessitam, o Ministério da Saúde lançou, em 1999, a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da*

Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que prevê que a palavra da mulher que opta pelo aborto previsto em lei deve ser recebida pela equipe de saúde com presunção de veracidade (BRASIL, 2012).⁵

O caso de Maria e de outras mulheres e meninas que procuram o serviço de aborto legal no Brasil grita uma verdade pouco conhecida: a de que não basta a palavra da mulher de que engravidou vítima de um estupro para que tenha reconhecido o direito ao aborto previsto em lei. Não bastam, também, a evidência da gravidez por estupro e a expressa vontade da mulher em realizar o procedimento. É necessário que um outro, com reconhecido poder de verdade, ateste sobre a legitimidade de sua narrativa. Foi por isso que me foi requisitado o parecer pela Defensoria Pública. Mais do que o relato sobre a história, mais do que a comprovação do crime e da vontade da menina e de sua mãe, é o testemunho do especialista que é solicitado para legitimar a voz da vítima como um discurso de verdade. Por meio desse testemunho, a mulher ou a menina podem ter garantido o direito ao aborto previsto em lei.

Minha voz de psicóloga estava sendo buscada para falar pela menina e pela família. Ao me reconhecerem como especialista, estão reconhecendo, também, a insuficiência de Maria e da mãe falarem por si. A minha voz representa o não reconhecimento da voz da outra. Ouvi-las e dar meu testemunho é entrar numa engrenagem na qual se compreende que a mulher é incapacitada de construir a sua própria verdade. É nesse contexto que o testemunho assume enorme importância: os profissionais de saúde dos serviços de aborto legal no Brasil são os legitimados para investigar e atestar a narrativa das mulheres nas situações de aborto previsto em lei e, por conta disso, estratégias periciais são criadas nas engrenagens dos serviços. Essa é uma história da verdade da qual pouco se fala e se conhece.

Meu foco, neste estudo, será na engrenagem dos saberes e poderes para a garantia de um direito. Menos do que focar na biografia das mulheres ou dos profissionais, e em suas experiências, mas tendo-as em conta, pretendo refletir sobre como se constrói a verdade do estupro para o acesso ao aborto legal. Por verdade do

⁵ A Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” foi lançada em 1999 e foi reeditada duas vezes, em 2005 e, posteriormente, em 2012.

estupro, entendo de que modo se dá o reconhecimento da mulher como verdadeira vítima que engravidou em decorrência de uma violência sexual. Não é a verdade do fato o que importa, mas como essa verdade pode ser comprovada, formulada, constituída para que a mulher tenha acesso a um direito.

1 DOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL

1.1 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

O Código Penal de 1940, em seu artigo 128, estabelece duas situações em que o aborto praticado por médico não é punido: 1. Quando não há outra forma de salvar a vida da gestante; 2. Quando a gravidez é decorrente de estupro e há o consentimento da mulher, ou seu representante legal, para a realização do aborto (BRASIL, 2001). Quando previsto em lei, o aborto constitui um direito da mulher e, por isso, fala-se em aborto legal. A rede pública de saúde deve oferecer atendimento e acolhimento às mulheres cujas gravidezes se enquadrem nos dois casos, mas, na prática, tal atendimento só foi instituído em 1989 (SCAVONE, 2008). A interrupção das gestações decorrentes de estupro, embora um direito da mulher, raramente era realizada em hospitais públicos até a década de 1980, levando as mulheres que não desejavam prosseguir com a gravidez a recorrer ao aborto clandestino ou a levar a termo a gestação mesmo contra a sua vontade (FAÚNDES, BEDONE, PINTO E SILVA, 1996).

A Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é destinada aos profissionais da saúde e apresenta as bases da política de atendimento às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual — a mulher grávida de um estupro pode optar por levar a gravidez adiante ou por interrompê-la, devendo, nos dois casos, receber apoio necessário à sua decisão. Quando opta pelo aborto, a mulher não precisa apresentar boletim de ocorrência ou laudo do Instituto Médico Legal: sua palavra deve ter credibilidade ética e legal, pois os procedimentos médicos não devem ser confundidos com procedimentos reservados à polícia ou à Justiça (BRASIL, 2012). Entretanto, no cotidiano das mulheres que procuram pelos serviços de aborto legal, é recorrente que tais documentos se façam importantes.

A solicitação de um laudo pela Defensoria Pública no caso de Maria tinha o objetivo de requerer um alvará judicial para que a menina tivesse acesso ao aborto legal, tendo em vista que o serviço de saúde havia negado tal procedimento à família. Uma das justificativas alegadas pelos profissionais para a não realização do aborto foi a dúvida sobre a vontade da menina e seu preparo psicológico para realizar o aborto. A negativa por parte do serviço não se deu em razão de dúvida sobre o estupro. O estupro era um fato — a menina estava grávida, tinha menos de 14 anos e o tio confessou o crime. Além disso, havia o consentimento da mãe e a vontade expressa da menina. Aos olhos da Justiça, a evidência da gravidez por estupro e o consentimento da menina ou de seu responsável já garantiriam a realização do aborto previsto em lei. As perguntas para a especialista sobre a “real” vontade da vítima e seu preparo emocional para o procedimento, mesmo que legítimas, não precisariam ser respondidas para que a menina tivesse acesso a um direito.

Maria precisou viajar para ser atendida, pois na sua cidade não havia um serviço que realizasse o aborto legal. Embora sendo um direito nos casos previstos em lei, são poucos os hospitais que dispõem de serviços de aborto legal. Em estudo recente, Alberto Madeiro e Debora Diniz identificaram apenas 37 serviços ativos no Brasil (2016).⁶ Tais serviços ainda se concentram nas capitais e grandes regiões metropolitanas dos estados, o que dificulta o acesso de grande parcela de mulheres. Sete estados não possuem serviço ativo de aborto legal: um na região Sul, um no Centro-Oeste, dois no Nordeste e três no Norte (MADEIRO; DINIZ, 2015).

Além de obstáculos geográficos, outras dificuldades são vivenciadas por mulheres para realizar o aborto legal. Dos 37 serviços em funcionamento, em 35 não há equipe específica para o aborto legal, sendo o atendimento realizado por quem estiver no plantão; em cinco deles, a mulher precisa apresentar boletim de ocorrência policial; em quatro é avaliada pelo comitê de ética institucional; em três precisa fazer o exame de corpo delito no Instituto Médico Legal; em três precisa apresentar o alvará judicial; em outros três precisa passar por uma consulta com o psiquiatra; em dois tem de conversar com o advogado do hospital e em dois, contrariando a Norma Técnica

⁶O Estado anuncia um número bem maior de serviços de aborto legal no Brasil. Segundo dados da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), 62 hospitais estão cadastrados como de referência para a realização do aborto legal no país (BRASIL, 2010).

(BRASIL, 2012), só se atende mulheres com idade gestacional de até 14 semanas (MADEIRO; DINIZ, 2015). São muitas as barreiras impostas às mulheres, as quais não estão previstas no Código Penal (1940/2001), tampouco na Norma Técnica (BRASIL, 2012).

O primeiro serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual foi criado no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, localizado no bairro de Jabaquara, em São Paulo, 49 anos após autorização legal prevista no Código Penal. A omissão de quase 50 anos do Estado brasileiro em regulamentar e oferecer o acesso das mulheres ao serviço de aborto previsto em lei pode ser vista como reflexo da invisibilidade da violência sexual contra mulheres e a rejeição moral ao aborto.

O Código de Ética Médica estabelece que, nos casos de urgência ou emergência, na ausência de outro médico ou quando sua recusa implique danos à saúde da mulher, o médico, ainda que contrariando “os ditames de sua consciência”, não pode se recusar a prestar atendimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 33). Nas demais situações, ele não deve ser obrigado a contrariar suas crenças.⁷ O dispositivo que prevê a recusa de profissionais de saúde ao dever de assistência por motivações morais é chamado de *objeção de consciência* (DINIZ, 2013). Sobre tal dispositivo, Diniz pondera que, da mesma forma que os profissionais de saúde são livres para professar suas crenças morais, sejam elas religiosas ou não, as mulheres também deveriam ser livres para decidir se querem abortar quando vítimas de um estupro. Afirma ainda que “ser cuidado em suas angústias não é o mesmo que garantir a omissão de seus deveres” (DINIZ, 2013, p. 1706).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Aborto*, para guiar profissionais e serviços de saúde também nos casos de mulheres que buscam os serviços de saúde em decorrência de aborto inseguro, pois “as mulheres em processo de aborto, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade” (BRASIL, 2005a, p. 5). As duas normas técnicas do Ministério da Saúde, tanto a

⁷ Na Norma Técnica não há menção sobre objeção de consciência para outros profissionais de saúde além dos médicos. (BRASIL, 2012), Ainda que haja previsão nos Códigos de Ética de enfermeiros (COFEN,2007), psicólogos (CFP, 2005) e assistentes sociais (CEFESS, 2012) sobre autonomia para agir em função de sua consciência, de acordo com a Norma Técnica, esses profissionais não poderiam se recusar a oferecer assistência às mulheres em situação de abortamento.

editada em 2005 quanto a editada em 2012, pontuam que, embora possam recusar-se a realizar o aborto nos casos previstos em lei, os médicos devem encaminhar a mulher a outro profissional da instituição ou a outro serviço para que seu direito seja garantido (BRASIL, 2005a; 2012). Há quatro casos em que os médicos não podem recusar atendimento: 1. quando há risco de morte para a gestante; 2. na ausência de outros profissionais que realizem o procedimento nos casos previstos em lei; 3. quando a omissão profissional puder causar danos ou agravos à saúde da mulher; 4. no atendimento de complicações decorrentes do aborto inseguro, pois se trata de casos de urgência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Portanto, mesmo que o médico alegue objeção de consciência, é dever da instituição assegurar que a mulher realize o aborto, pois é facultada ao médico a objeção de consciência, mas não à instituição. Nesses casos, o Estado deve garantir que haja pelo menos um profissional na instituição que não se recuse a realizar o procedimento. Da mesma forma, a imposição de requisitos não previstos pela legislação e pelas normas técnicas, além de violar os direitos da mulher, deixa-a exposta a uma situação de precariedade. Ana Cristina Veléz afirma que os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia da mulher para tomar decisões sobre a sua saúde, mesmo que tal decisão não coincida com a opinião pessoal do profissional (VÉLEZ, 2009). Jefferson Drezett e Daniela Pedroso (2012) também discutem que a decisão sobre o aborto é privativa da mulher e que os profissionais de saúde devem oferecer as condições necessárias para que ela possa ser acolhida em sua decisão.

A despenalização do aborto nos casos de gravidez decorrente de estupro, portanto, não garante acesso aos serviços de saúde à mulher que foi estuprada e que engravidou. Apesar de previsto em lei, o direito de decidir sobre o aborto só estará garantido quando a engrenagem da saúde for capaz de disponibilizar a interrupção da gestação gratuitamente nos hospitais públicos, sem impedimentos ou barreiras de nenhum tipo, sejam elas de acesso, de crenças ou de religiões (VÉLEZ, 2009).

1.2 VIDAS PRECÁRIAS E VIDAS CHORADAS

Judith Butler se pergunta o que conta como vida vivível e como morte lamentável (2009; 2010). O que faz com que uma vida valha a pena? O que faz com que uma vida pareça ter mais valor do que outras? Por que sentimos mais algumas mortes do que outras? O que conta como uma vida digna? Para ela, nem toda vida é digna de ser chorada e de ser vivida, dado o desigual regime de distribuição de reconhecimento das vidas. As vidas estão sempre envoltas em normas, organizações sociais e políticas que historicamente maximizam a precariedade de umas em decorrência de outras. Dessa forma, há vidas que não são dignas e que, portanto, não são choradas caso terminem. Para que possa ser reconhecida como uma vida *vivida*, a vida deve ter valor, deve ser sentida, deve ser digna de luto e de ser chorada.

Para Butler (2010), a diferença com que se trata a vida de umas mulheres e de outras está relacionada com a forma como se interpreta o mundo, e essas interpretações ocorrem a partir de normas apreendidas ao longo da vida. Tais normas possibilitam o aparecimento de marcos de inteligibilidade fundamentais para a constituição dos sujeitos e para a forma como eles irão compreender os fenômenos da vida. Portanto, o marco é um recorte, uma moldura que irá influenciar nosso entendimento do mundo. Os marcos são baseados em contextos políticos e morais e irão operar para diferenciar as vidas que podemos apreender das vidas que não podemos, bem como reconhecer os sujeitos que podemos apreender dos não sujeitos.

As mulheres que abortam rompem com o marco hegemônico de inteligibilidade. Elas não cumprem de maneira necessária as normas que conferem reconhecimento aos sujeitos. Por isso seu não reconhecimento. Sabemos pouco sobre elas e sobre os serviços de aborto legal, pois a vida fora dos marcos de inteligibilidade é difícil de ser apreendida. Falar sobre as mulheres que abortam e sobre os serviços de aborto legal é uma maneira de mostrar que elas existem, que são dignas de nossos afetos.

Reconhecer uma vida como *vida* significa, entre outras coisas, reconhecer que a vida é precária (BUTLER, 2009). As vidas são precárias porque podem ser eliminadas voluntária ou acidentalmente, porque são frágeis e dependentes de esforços individuais e coletivos para que sejam preservadas. Assim, reconhecer uma vida como precária significa reconhecer que ela está sujeita ao adoecimento, à fome, à dor, à violência e à morte. Deve haver um esforço, tanto individual quanto coletivo,

para que a vida seja cuidada e protegida. A precariedade da vida implica, ainda, viver socialmente e reconhecer que a vida está sempre, em certo sentido, nas mãos dos outros, sejam eles conhecidos ou não. Somos, portanto, dependentes uns dos outros.

A precariedade da vida, nesse sentido, é compartilhada. Todas as vidas são precárias, e esse reconhecimento favorece que as vidas, independentemente do marco no qual estejam sendo incorporadas, sejam reconhecidas como vidas vividas e, portanto, passíveis de serem sentidas e choradas. Além dos saberes e poderes, são também os sentidos, refere Butler, que possibilitam que a vida seja meritória ou não meritória de ser chorada. Os sentidos permitem “diferenciar os gritos que podemos ouvir dos que não podemos, diferenciar a visão que podemos ter da que não podemos, o que podemos tocar e cheirar do que não podemos” (BUTLER, 2010, p. 81). Assim, a partir dos sentidos, apreende-se o mundo de maneira seletiva, anestesiando o afeto como resposta para determinados contextos e o vivificando para outros. Nossos afetos, nesse sentido, nunca são somente nossos, pois estão imersos em interpretações sociais que fazemos do mundo.

As vidas que não são alcançadas por nossos afetos e que, portanto, são quase impossíveis de se materializar são vidas abjetas. O abjeto se relaciona a todo tipo de corpo cuja materialidade não é considerada importante (BUTLER, 2002a; 2002b). Sugiro, a partir deste estudo, que os corpos das mulheres que procuram o serviço do aborto legal são tidos como corpos abjetos quando, em busca de um direito, são postos em suspeição pelos saberes e poderes. Quando são interpelados no intuito de se investigar a verdade sobre o estupro e quando são considerados fora da normatividade hegemônica do que se espera de um corpo sexado como mulher. É um corpo grávido, mas grávido de um estupro. A gestação está lá, mas é indesejada. A mulher que procura o serviço do aborto legal grita que seu corpo é mais do que um corpo biológico à espera da reprodução e com isso desafia os marcos hegemônicos de reconhecibilidade.

Compreender o que se passa nos serviços de aborto legal seria uma maneira de ampliarmos os matizes de reconhecimento, a fim de que a vida das mulheres que procuram esses serviços possa ser apreendida como precária, digna de nossos afetos e digna de ser chorada. Tal reconhecimento não se dá apenas pelo fato de reconhecermos as mulheres como mulheres e humanas, mas sim pelo

questionamento dos marcos hegemônicos de reconhecibilidade que estão imersos na sociabilidade. São os marcos que movimentam nossa capacidade de responder ao sofrimento a distância. As narrativas e o testemunho dos profissionais de saúde que atuam nesses serviços, portanto, seriam uma maneira de nos aproximarmos das histórias dessas mulheres e, a partir de então, contribuímos para a ampliação desses marcos.

1.3 DIREITOS E PRECARIÉDADE DA VIDA

As mulheres que desafiam os marcos hegemônicos de reconhecibilidade ficam expostas aos poderes ilimitados e soberanos do Estado. Nesse contexto, a lei é tida como uma tática, conforme propõe Michel Foucault (2009), uma tática para a governabilidade. Vista como tática, a lei tem valor instrumental, mas não é obrigatória. Ou seja, a lei pode ser suspensa ou revista pelo Estado de maneira estratégica, de forma a controlar, delimitar e produzir sujeitos e suas crenças com fins políticos específicos. Para Butler, o ato de suspensão da lei e seu entendimento como uma tática fazem surgir a governabilidade e possibilitam o aparecimento do poder soberano. Ou seja, como a suspensão da lei é discricionária, os sujeitos que têm o poder podem tomar decisões unilaterais sem ter de responder a nenhuma autoridade legítima (BUTLER, 2009). Entretanto, tais sujeitos não seriam os autênticos soberanos, pois seus poderes são delegados por outros e eles não teriam controle sobre os fins que motivam os seus atos. Seriam espécies de soberanias locais (BUTLER, 2009).

A soberania, nesse sentido, agiria como uma autoridade extrajurídica que se exerce no ato de suspensão da lei, mas, também, na autoatribuição de prerrogativas jurídicas para fazer cumprir a lei. Ou seja, seria o surgimento do poder soberano em um campo de governabilidade. A lei seria distorcida para o próprio benefício, para o benefício do que se entende como importante para a população. A lei pode ser utilizada para constranger ou delimitar as mulheres que procuram o serviço de aborto

legal, por exemplo. São soberanias pontuais mobilizadas por objetivos e táticas de poder anômalas, porque ilegítimas. Ou melhor, são ações que conquistam certa legitimidade por meio da soberania.

Nos serviços de aborto legal, tal poder permitiria que decisões como realizar ou não o aborto fossem tomadas de maneira independente. As práticas do *jaleco branco* fazem parte de um dispositivo de governabilidade, mas o poder de decisão que eles exercem — se a mulher fará ou não o aborto — pode constituir-se em um poder soberano. Tal poder é viabilizado a partir da criação de leis próprias, internas e administrativas, que dão suporte para o tipo de decisão a ser tomada. Essas leis, de certa forma ilegítimas, são regras informais que os serviços estabelecem para justificar suas ações e decisões, tais como a exigência de boletim de ocorrência ou alvará judicial para a realização do aborto previsto em lei. Nesse sentido, a mulher pode não ter acesso a um serviço ao qual teria direito.

No caso dos serviços de aborto previsto em lei, o poder das equipes de saúde de avaliar se a mulher sofreu ou não um estupro constitui-se em um poder soberano que aparece associado a um poder administrativo extrajurídico, um poder no campo da governabilidade. A tomada de decisão não está atrelada apenas às equipes, mas a uma engrenagem administrativa que faz funcionar o serviço de uma maneira, e não de outra. Ou seja, tais decisões são parte de um dispositivo de governabilidade com um poder administrativo extrajurídico que pode estabelecer e fazer cumprir a lei de maneira independente (BUTLER, 2009). Butler segue argumentando que a governabilidade é a condição de uma nova forma de soberania, na qual a lei é utilizada como mero instrumento a serviço do Estado para o domínio e controle de uma dada população.

Os profissionais do *jaleco branco* dos serviços de aborto legal avaliam a narrativa da mulher sobre sua história de violência para autorizar ou não a realização do aborto previsto em lei. É deles a decisão sobre se a mulher viveu ou não uma violência, se ela está ou não mentindo e, conseqüentemente, se ela pode ou não realizar o aborto previsto em lei. Dessa forma, os profissionais atuam a partir de um dispositivo de governabilidade em que existe um exercício paralelo de decisões entre o Executivo e o Judiciário, realizando um dobramento entre os poderes.

Butler (2009) refere que uma pessoa privada de seus direitos de cidadã ingressa em uma *zona de indiferenciação* – nem está viva no sentido político do termo, inserida em uma comunidade com leis, nem está morta, portanto, fora da condição constitutiva do Estado de direito. Seria um estado de suspensão da vida, entendendo a vida não como mera função biológica, mas como constituída a partir de sua inserção em uma comunidade política. E em determinadas situações parece que algumas vidas são mais privadas de direitos que outras, reflete Butler.

A engrenagem dos serviços de aborto legal, por exemplo, faz parecer que as mulheres que engravidam de um estupro não existem como sujeito de direitos. São vidas cujas histórias não se conhecem facilmente. São mulheres e meninas não consideradas sujeitas dentro de um marco de uma cultura política em que a vida humana goza de direitos legais e está assegurada por leis. São mulheres que, muitas vezes, não são reconhecidas pelos próprios serviços que as deveriam acolher. A suspensão de direitos é uma das formas de *desrealização* do humano (BUTLER, 2009). Considerar a humanidade do ser humano é reconhecer que a vida é precária.

1.4 A ENGENHAGEM DA SAÚDE E OS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL

A saúde é muito mais do que o inverso da doença, reflete Didier Fassin (2004). Para compreender o que é saúde, temos de considerar a *relação* entre o ser físico e psíquico, por um lado, e o mundo social e político, por outro. A saúde, portanto, agrupa essas realidades considerando-as não como opostas, mas inter-relacionadas. Assim, Fassin afirma que “a saúde não se reduz às dimensões do corporal e do médico, mas refere-se também a aspectos jurídicos, morais, intelectuais e tecnológicos que muitas vezes o reducionismo sanitarista tende a deixar de lado” (FASSIN, 2004, p. 293, tradução livre). Nesse sentido, o emprego habitual da palavra “saúde” parece não contemplar suas diversas dimensões.

O estudo dos fenômenos da saúde deve evitar tanto o positivismo, que supõe que a saúde seja algo preexistente já definido pelo saber médico e biológico, quanto

o relativismo, que reduz a saúde a um simples efeito de convenção entre saberes e poderes. A proposta de Fassin pretende ligar o biológico e o sociológico, evidenciando como o trabalho de objetivação é indissociável do de subjetivação (FASSIN, 2004). Portanto, afirma ele, seria um equívoco pensar a saúde apenas a partir de uma ordem fisiológica ou biológica, de tal forma que se pudesse falar de *boa* ou *má* saúde. Ao contrário, a saúde é, também, “historicamente construída, sendo objeto de lutas e competências entre agentes que se esforçam para impor visões diferentes sobre o que se caracteriza a saúde, ou seja, sobre o que se deve social e politicamente tratar como saúde” (FASSIN, 2004, p. 27, tradução livre).

As políticas de saúde relacionadas a programas de prevenção de enfermidade e de cuidados com a vida e morte variam de tempos em tempos e de lugar para lugar, influenciando, dessa forma, o que virá a se compreender como saúde (FASSIN, 2004). O conceito de saúde, portanto, não pode ser pré-datado. Quando nos reportamos à violência contra crianças, adolescentes e mulheres, fica evidente como a história e o tempo são determinantes para o constructo do que é saúde. Tais violências eram consideradas um problema de ordem essencialmente privada, sendo recente sua incorporação ao campo da saúde (HABIZANG; CAMINHA, 2004).

No Brasil, a notificação das violências contra crianças e adolescentes é determinada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) desde 1990. Já a notificação de violência contra mulheres passou a ser compulsória nos serviços de saúde especializados no atendimento às violências apenas em 2003 (BRASIL, 2003). Somente em 2011 a notificação passou a ser obrigatória não só para os serviços especializados, mas para todos os serviços de saúde, inclusive os privados (BRASIL, 2011). A notificação de casos de violência é parte de um processo de reconhecimento de um problema social como um problema de saúde. Tal reconhecimento favorece a criação de ações sanitárias e programas de política pública voltados para esse grupo de pessoas (VILLELA; LAGO, 2007).

Fassin considera que para compreender o que ocorre no campo da saúde é necessário abordar a questão a partir dos processos de “subjetivação” ou de uma *política do sofrimento*. Para ele, uma política do sofrimento deverá abordar “por um lado o padecimento psíquico, entendido aqui como dor moral, tanto do corpo como da mente, e por outro lado, uma visão do indivíduo como ser sofredor” (FASSIN, 1999,

p. 33). A saúde, portanto, não é algo pronto e determinado biologicamente ou psicologicamente. Ela é também uma produção social. A engrenagem da saúde se dá a partir da relação entre os corpos individuais, sociais e políticos de tal forma a dar uma expressão sanitária a certas realidades em lugar de outras (FASSIN, 2004). As políticas de saúde, nesse sentido, vão oferecer cuidado à população com base no que essa engrenagem priorizar como importante e no que entender como saúde.

Para que haja tradução de algum fenômeno para as políticas sociais e de saúde, deve haver uma marca no corpo ou na subjetividade. Dito de outra forma, tem de haver um fundamento biológico ou psicológico que justifique tal operação, afirma Fassin e Estelle D'Halluin (2005). A hipótese levantada por eles é a de que, na definição das prioridades, há um reconhecimento maior sobre a integridade do corpo do que sobre a pessoa, ou seja, o reconhecimento da pessoa passa antes pelo reconhecimento do corpo alterado, do ser sofrido. E, nesse sentido, a categoria trauma se faz importante. Fassin aponta que, “em torno do corpo que sofre, a legitimidade da intervenção se apresenta como uma evidência” (FASSIN, 2004, p. 308). Ou seja, não se questiona a assistência para aquela que reconhecidamente possui dano ou marca no corpo que comprove sua história de dor. Portanto, quem poderia opor-se ao cuidado de mulheres vítimas de violência? Por outro lado, a saúde parece ser sempre assunto de especialistas, pois são eles que irão determinar, com base em marcas no corpo e na subjetividade, as mulheres que de fato precisam de ajuda.

Nesse sentido, tais mecanismos funcionam como mecanismos de ocultamento que favorecem que a saúde seja vista a partir de olhares técnicos de especialistas. Dessa forma, parte das mulheres pode não recorrer aos serviços de saúde não só por dificuldade de acesso, por questões socioeconômicas e culturais, mas também pela existência de um mundo simbólico com sentido diferente, como sugere Fassin (2004). Ou seja, por não reconhecer quais seriam os caminhos e discursos necessários para que sua demanda seja reconhecida como legítima. Essa identificação e essa qualificação procedem de jogos de poder e de conflitos, portanto, não são estáveis e são objeto de permanentes renegociações. As políticas de saúde se organizam fundamentadas no entendimento do Estado do que é saúde, sendo as prioridades traçadas com base na compreensão do que é necessário ou não.

Da mesma forma, as instituições de saúde tendem a funcionar a partir de um saber hierarquizado e centralizado na figura do médico e, nos casos de sofrimento psíquico, nas figuras do psiquiatra, da psicóloga e da assistente social, que muitas vezes assumem o papel de normalização e patologização de subjetividades, definindo o que deve ou não ser tratado e cuidado. Assim, a oferta de saúde se organiza por meio de um sistema de regras no qual se define o que é permitido e o que não é, o que é saudável e o que não é, funcionando como uma espécie de regulador de condutas (OVIEDO, 1999). Nos casos de sofrimento psíquico e de violência sexual, por exemplo, isso é mais evidente, pois, na maioria das vezes, não há no corpo a prova da doença ou do delito, cabendo aos profissionais de saúde a difícil decisão do que se deve cuidar e do que é possível tratar levando-se em conta a complexidade do fenômeno da violência.

Rafael Oviedo (1999) afirma que a busca por assistência à saúde exige da mulher uma integração com o universo simbólico próprio da instituição médica, tendo um caráter de subordinação-inclusão e exclusão. Ou seja, quando requer a assistência à saúde, a mulher precisa saber reconhecer os ambientes, a organização, a estrutura de poder e os comportamentos que devem ser adotados, além de saber dirigir-se ao médico. Deve, sobretudo, compreender o que se entende por saúde e doença dentro do universo simbólico da instituição. A experiência construída no contexto terapêutico em relação à enfermidade e à enferma está determinada pela adequação às normas e regras próprias do campo médico, também se encontra organizada, hierarquizada e emoldurada por suas ações de jogos de verdade (OVIEDO, 1999).

Assim, o acesso ao serviço de aborto legal exige algumas provas de verdade, sejam elas objetivas ou subjetivas. Tais provas estão na fala e na confissão da mulher quando ela é possível, no testemunho entendido aqui como aquilo que vai além da palavra, que pode ser acessado pelo corpo, pelas imagens, pela escrita, pelos murmúrios, pelo silêncio e pela inserção da mulher em um universo simbólico próprio da instituição de saúde, no qual ela precisa saber como se comportar. As provas estão, ainda, na participação de um terceiro, o testemunho legitimado, que terá a voz e o discurso de verdade. Essas provas fazem parte de uma economia moral da saúde — uma engrenagem biológica, mas também política, cultural e social.

1.5 A INSTITUIÇÃO A SERVIÇO DO PATRIARCADO

Os serviços de aborto legal do Brasil possuem uma engrenagem a serviço de um poder patriarcal, na qual as mulheres serão periciadas e interpeladas para funcionar com base em uma norma. Para Butler (1997), a norma atua como princípio regulatório do campo social e confere inteligibilidade a esse campo. A norma está presente no cotidiano dos serviços de aborto legal para dirigir e produzir regularidades para suas práticas a partir de um marco histórico e moral do patriarcado, em uma ordem política do gênero. O serviço de aborto legal é um programa de uma instituição do Estado que visa garantir o direito ao aborto previsto em lei, mas é, também, um local em que se oficializa uma pedagogia de gênero calcada na moral patriarcal, na qual as mulheres não têm voz e não são soberanas para decidir sobre seus corpos e destinos.

O patriarcado nos antecede e nos acompanha e é atualizado pelas pedagogias de gênero (DINIZ, 2014). Mulheres que abortam desafiam a matriz de inteligibilidade do gênero. Temos no nosso corpo a potência reprodutora do útero, é dele que os filhos serão gerados e dele que se nutre a metafísica do instinto da maternagem, refere Diniz (2014). Realizar o aborto seria romper com essa norma. Gênero é uma norma, discute Butler (2006), no sentido de ser um tipo de poder social que produz o campo inteligível de sujeitos e um aparato pelo qual o binarismo de gênero é instituído. Quando Butler se refere à norma, não significa que seja um modelo a ser seguido, mas sim que seria um princípio regulador das práticas sociais, no qual o binarismo de gênero é normalizado. Dessa forma, o que se entende por ser homem/mulher, macho/fêmea, masculino/feminino possibilita a criação de um campo de inteligibilidade compartilhado. A norma de gênero vai usar seus aparatos de poder para regular suas formas dissidentes. Nesse sentido, as normas de gênero são violentas. Violentas porque vão operar como um princípio regulador das práticas sociais. Nos serviços de aborto legal, os poderes regulatórios de gênero são atualizados pelas ações de médicos, psicólogos, assistentes sociais e pela lei penal.

Se por um lado o serviço do aborto legal abre uma brecha para que o aborto seja realizado por mulheres e meninas que engravidaram vítimas de estupro, por outro, o mesmo sistema regulatório atualiza as normas de gênero ao deixar claro que a prática do aborto é crime, havendo uma exceção nos casos de estupro. Há um sentido duplo e paradoxal: o sistema regulatório é aquele que irá autorizar ou não o aborto, e é, também, o que irá dizer que o aborto está fora da norma, está fora da lei. Por ser uma exceção, os serviços precisam identificar quais mulheres poderiam realizar o aborto. Se grávida de um estupro, haveria direito ao aborto. A norma de gênero vai atuar na criação de um campo compartilhado nos serviços no sentido de investigar a verdade sobre o estupro.

A mulher que chega ao hospital em busca do aborto legal não é vista inicialmente como uma mulher em busca de um direito, mas como uma mulher que pode supostamente estar mentindo. O encontro da mulher que procura o aborto previsto em lei com a instituição é o momento em que o policiamento se faz até seu ponto extremo. É o momento de interpelações exaustivas, às quais a mulher precisa se submeter para ter acesso a um direito. Um poder exaustivo que se exerce plenamente para uma arte de governar calcada no patriarcado. A mulher se subordina ao poder de normalização que está a serviço do patriarcado. Ela precisa passar por todas as provas de verdade exigidas pelo serviço, pois, se assim não o fizer, não terá acesso ao aborto previsto em lei. É só se submetendo que ela poderá existir como uma mulher de direitos. E, nesse sentido, é na sua submissão que se encontra a sua potência para existir.

Ao buscar o serviço de aborto legal, a mulher rompe com as normas hegemônicas de gênero e, nesse sentido, desafia o poder patriarcal. Ao mesmo tempo que desafia esse poder, reconhece-o como soberano, pois é somente se submetendo a ele que poderá realizar o aborto. Entender os serviços de aborto legal a partir de uma problemática política não significa negar ou desvalorizar tais serviços, significa poder estranhá-los e pôr em questão situações, talvez, já naturalizadas. A interpelação às mulheres que procuram o serviço do aborto legal é por si só violenta: há dúvida sobre seu testemunho. O recorte que se dá ao incluir algo como estupro e excluir outro algo já é um ato violento em que o poder se manifesta com toda a sua força. Pensar o aborto legal no Brasil sob uma ótica feminista desafia a inteligibilidade de gênero e a ordem patriarcal. Pesquisar sob uma ética feminista seria como abrir

pequenas fissuras para entender que estamos em permanente construção e que o modelo que nos é apresentado como pronto pode ser moldado e remoldado.

2 DAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.2 SOBRE A HISTÓRIA INTERNA E EXTERNA DA VERDADE

Michel Foucault (2012a) levanta uma hipótese de haver duas histórias da verdade. A primeira delas seria uma espécie de *história interna da verdade*, “a história da verdade tal como se faz na ou a partir da história das ciências” (FOUCAULT, 2012a, p. 11). Seria uma história que oferece uma explicação racional do conhecimento objetivo, baseada em critérios normativos e em proposições táticas não refutáveis. Para essa história da verdade, as condições de existência, as relações sociais e as formas políticas que se impõem ao sujeito do conhecimento seriam danosas para a produção da verdade e deveriam, portanto, ser desconsideradas. Elas agiriam como um véu, impedindo o acesso do pesquisador àquilo que de fato deve ser conhecido.

Mas haveria outra história da verdade, chamada por Foucault de *história externa da verdade*, uma história que não é facilmente acessada, a não ser por meio das formas de subjetividades e da prática social. Ou seja, uma verdade acessível por meio das relações entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido. Apesar de não dialogarem abertamente, Imre Lakatos (1989) também menciona esses dois tipos de história da verdade. Lakatos não prioriza um tipo de conhecimento sobre o outro, pelo contrário, defende que os dois precisam caminhar juntos, mas reconhece que ao longo dos tempos a história interna da verdade ganhou o status de verdadeira ciência. Em contrapartida, a história externa veio sendo negligenciada, colocada de lado, assumindo um caráter “secundário” (LAKATUS, 1989, p. 178).

Conhecemos um pouco a *história interna da verdade* sobre a garantia do direito ao aborto legal no Brasil: os serviços de aborto legal são oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS); existem 37 serviços em funcionamento no Brasil (MADEIRO; DINIZ, 2016); a mulher que se apresenta como grávida de uma violência sexual, sendo sua vontade a interrupção da gestação, tem o direito ao aborto legal previsto pelo nosso Código Penal (BRASIL, 2001). Sabemos ainda que de acordo com

a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) a palavra da mulher deverá ser vista com presunção de veracidade e, portanto, deverá ser suficiente para a realização do aborto.

Entretanto, conhece-se pouco sobre a *história externa da verdade*, e é sobre ela que pretendo me debruçar neste trabalho. Não se pode conhecer a *história externa* por meio de manuais ou da construção tradicional de se fazer ciência. Por isso Foucault (2012a) propõe uma maneira de conhecer a *verdade externa* a partir da prática social. É também no fazer diário que se conhece e que se constrói a história da verdade. É nos discursos, nas subjetividades, nas formas de vida e de se lidar com o indivíduo ou acontecimento a se estudar que se pode aproximar-se de uma história externa da verdade. A história da menina Maria me provocou a pensar sobre a história externa da verdade dos serviços de aborto legal no Brasil. Contrariando a Norma Técnica, não bastou sua palavra e a de sua mãe para que tivessem acesso ao aborto previsto em lei, nem tampouco bastou a comprovação da gravidez por estupro. Houve a necessidade de alguém que legitimasse e que transformasse sua narrativa e as marcas no corpo num discurso de verdade, mas nem isso foi suficiente.

O que proponho realizar aqui é, com base nos relatos de profissionais sobre suas práticas em serviços de aborto legal do Brasil, pensar sobre uma história externa que me possibilite entender outras verdades. A análise de relatos de profissionais sobre o seu cotidiano nos serviços de aborto legal é a forma escolhida para me aproximar da história externa da verdade sobre o direito das mulheres ao aborto previsto em lei no Brasil. É como psicóloga de um serviço de aborto legal que conheci não só a menina Maria, mas outras mulheres grávidas vítimas de estupro que procuravam interromper a gestação. Foi da relação construída entre nós que as inquietações que deram origem a esta tese surgiram. Não bastava conhecer as mulheres e suas biografias, não bastava conhecer a rotina dos serviços. Eu precisava de algo mais que me possibilitasse refletir sobre aquilo que me era habitual, tendo em vista que o habitual é o mais difícil de se conhecer.

Mas como conhecer o habitual? Parto do pressuposto de que o conhecimento não é algo pronto à espera de ser conhecido. Ele precisa ser construído, pensado, refletido. Por isso, Foucault (2012a) diz que ele foi inventado. Inventado porque não está inscrito na natureza humana. Ele é o resultado de um longo compromisso entre

aquele que quer conhecer e as coisas a serem conhecidas. O conhecimento, portanto, é o combate, o risco e o acaso. Nesse sentido, o conhecimento não é uma percepção ou reconhecimento do mundo e das coisas, mas uma violação, uma perturbação.

Para conhecer sobre o meu habitual precisei travar esse embate, esse estranhamento não só com relação aos fenômenos vivenciados diariamente na minha prática, mas com relação a mim mesma. Não há no conhecimento uma relação de adequação e assimilação ao objeto, mas uma relação de estranhamento, de distanciamento, de luta e poder. Para haver conhecimento, continua Foucault (2012a), deve haver certo jogo ou certa composição entre rir, deplorar, detestar. Essas três paixões, como diria ele, não são formas de se aproximar ou de se identificar com o objeto de estudo, mas, ao contrário, são formas de estranhá-lo, de conservar a certa distância, de se diferenciar do objeto, de se colocar em ruptura. Esses impulsos estão na raiz do conhecimento.

Pretendi neste estudo estranhar meu ofício cotidiano, afastar-me dele podendo rir, deplorar e detestar para que possa ver o que talvez não conseguisse de outra maneira. Com essas paixões da ordem das más relações, como diria Foucault (2012a), talvez consiga estranhar minha própria prática e atuação nos serviços de aborto legal e quem sabe me aproximar de uma história externa da verdade. Para se conhecer a história externa da verdade é preciso reconhecer a impossibilidade de haver um conhecimento em si ou uma realidade em si. Não há uma realidade pronta a ser conhecida, uma essência do conhecimento a ser assimilada. Nesse sentido, as condições políticas e econômicas de existência não são um véu ou obstáculo para aquele que quer conhecer, mas são justamente o que forma as relações de verdade.

A Vênus de Milos não teria sido tão famosa se tivesse braços, disse Susan Sontag em uma entrevista publicada postumamente (2015). É pelos fragmentos que muitas vezes podemos produzir conhecimento. A escultura sem braços nos remete à imagem imperfeita e danificada. A falta de estudos sobre o aborto, os silêncios sobre os serviços e sobre as mulheres que os procuram são também o que me possibilitará conhecer a verdade externa dos serviços de aborto legal no Brasil. É no dia a dia expresso nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que pretendo me aproximar da história externa da verdade.

2.2 SOBRE A PESQUISA E AS ENTREVISTAS

Por meio dos relatos de profissionais que atuam em serviços de aborto legal, busquei conhecer quais seriam as provas necessárias para que a mulher tenha acesso ao aborto quando engravidada de um estupro, ou seja, quais discursos de verdade seriam necessários para que a mulher tenha reconhecido esse direito e qual texto a mulher precisará construir para que seu discurso seja legitimado.

Para tanto, analisei 82 entrevistas qualitativas com profissionais de saúde que atuam em serviços de aborto previsto em lei em cinco capitais do Brasil. Essas entrevistas foram realizadas como parte de uma pesquisa guarda-chuva conduzida pela Anis – Instituto de Bioética, sobre objeção de consciência entre os profissionais de saúde que atuam em programas de aborto legal, da qual fiz parte e fui pesquisadora de campo. Foram feitas 28 entrevistas com médicos (24 ginecologistas, 3 clínicos e 1 anestesista), 19 com assistentes sociais, 17 com psicólogos, 12 com enfermeiros e 6 com técnicos de enfermagem. Esse universo corresponde à quase totalidade das equipes dos cinco serviços de aborto legal (apenas 12 profissionais se recusaram a participar da pesquisa ou não foram localizados durante o trabalho de campo na unidade).

Os profissionais dos serviços de aborto legal acolhem e atendem mulheres cujas gestações se enquadrem nos três casos previstos em lei: risco de morte, violência sexual e anencefalia. No meu estudo, o foco foi o aborto por estupro, por entender que é sobre ele que a disputa moral ganhou fôlego no Brasil (VILLELA; LAGO, 2007; FAÚNDES *et al.*, 1996; TALIB; CITELE, 2005). A pesquisa foi realizada entre março de 2013 e janeiro de 2014 nos seguintes locais:

1. Região Norte: Fundação da Santa Casa de Misericórdia em Belém (PA);
2. Região Nordeste: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) – Maternidade da Encruzilhada, em Recife (PE);
3. Região Sudeste: Centro de Referência em Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, em São Paulo (SP);

4. Região Centro-Oeste: Hospital Universitário Júlio Müller, em Cuiabá (MT).
5. Região Sul: Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre (RS).

Os serviços foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: ter efetivamente realizado aborto legal em 2012 e 2013 e ser referenciado para a região geográfica em que está situado. Não há registros consolidados de abortos legais realizados no Brasil que me permitam determinar a representatividade desses cinco serviços no cenário nacional; no entanto, eles são serviços de referência em suas respectivas regiões. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras no próprio hospital, em local disponibilizado pela direção ou em local indicado pelo profissional. Um roteiro semiestruturado composto por 13 perguntas, divididas em três categorias de investigação (perfil profissional, fluxo do serviço, histórias e situações de recusa de atendimento em casos de aborto legal) guiou a entrevista (Apêndice 1). A entrevista semiestruturada permite que o espaço de fala seja negociado e que os profissionais se sintam livres para elaborar a narrativa a partir de suas próprias experiências. As entrevistas não tiveram duração específica, tendo em vista que os profissionais eram estimulados a falar e contar histórias e ficavam livres com o tempo para responder. Elas foram gravadas e transcritas, o que resultou no montante de 950 páginas, na formatação padrão de espaço 1,5 e letra tipo Times New Roman, tamanho 12.

Não procurei reunir falas que seriam melhor do que outras pelas frequências com que aparecem, mas falas que pudessem me indicar por onde as ações dos profissionais se moviam. Por vezes, foram fragmentos de falas, murmúrios, como refere Foucault (2003), que pudessem retratar a engrenagem dos serviços. Minha escolha foi por analisar as histórias não como uma ficção ou como sinais disfarçados da verdade, mas como algo da realidade dos serviços. Nesse sentido, não me preocupei em periciar as narrativas dos profissionais de saúde, mas em entendê-las na relação com seu modo de agir na sua prática diária.

Alguns relatos vinham sem autoria específica. Os profissionais contavam histórias e relatavam fatos sobre alguém, mas não deixavam claro exatamente a quem se referiam. As notícias chegaram até mim como espécie de rumores. O rumor tem a

oralidade como principal meio de transmissão e é compartilhado de modo tal que não dá para referir a autoria da notícia a alguém em especial (TRAJANO FILHO, 2000). De acordo com Veena Das (2007) é pelos rumores que acontecimentos ambíguos do passado e carregados de tensões podem retornar ao presente, fixando-os na experiência subjetiva. Ela compreende o rumor como sendo "um poder positivo para mover as massas [...] no sentido de corrigir ações imorais que recaem sobre a sociedade" (DAS, 2008, p. 115). Incorporo a análise de Das sobre o rumor para me referir aos relatos de profissionais sobre histórias que não têm autoria específica e que retornam ao presente como forma de denunciar ações e de repensar fatos. São histórias sem assinaturas e sem identidade em que o profissional fala de alguém que não sabemos exatamente quem é.

Uma profissional, por exemplo, diz: "ainda existe essa história do *julgar de pessoas* que acham que a mulher está inventando, que ela saiu, transou com o namorado, conheceu alguém de forma irresponsável e veio para fazer o aborto". Aqui não sabemos de quem exatamente a profissional está falando, ela apenas diz que tem pessoas que ainda julgam. Ela dá um exemplo um pouco mais específico de uma médica que atendia no plantão da emergência da maternidade que a criticou dizendo: "vocês têm mania de ficar passando a mão na cabeça das mulheres, elas chegam aqui, inventam uma história e vocês vão na onda e vem para cá fazer o aborto". Mesmo sendo um pouco mais específica, não fica claro quem é a pessoa da qual a profissional fala. Sabemos que é uma médica do pronto-socorro de uma maternidade, mas não sabemos seu nome ou outro detalhe. E saber não importaria para o tipo de análise a que me proponho.

Tais textos emergem de situações incômodas do passado que não se referem propriamente ao entrevistado, mas a alguém. E ao narrar essas histórias os profissionais carregam nas entrelinhas de seu relato sentimentos que expressam sua relação com o evento. Essa mesma profissional conta, em tom de revolta, qual foi sua resposta à médica: "Olha, você não era para estar aqui nesse lugar, o seu papel aqui é de acolher e de atender a pessoa na necessidade que ela chega, não é de julgar, você não é juiz". A profissional demonstrou na entrevista sentir-se desqualificada e expressou sua raiva contando-nos a resposta que deu à médica. Ao nos contar sobre esse episódio, a profissional retoma algo que ocorreu no passado com o qual ela não concordou. São situações em que a profissional conta uma história ou relata um fato

sobre alguém, que ela não diz exatamente quem é, para exemplificar algo que ela mesmo condena. Ela utiliza a história para fortalecer suas próprias crenças e valores acerca de determinada situação. Nesse sentido, parecem querer contar a história para corrigir algo que passou. São histórias utilizadas para denunciar algo. O relato da profissional descrito anteriormente tinha o claro intuito de condenar a atitude da médica.

Assumo, portanto, que não será somente a história que importará, mas esse algo a mais traduzido por um incômodo que perpassa nas entrelinhas do discurso dos profissionais. É um incômodo que somente pôde aparecer por meio desses relatos sem autoria, por essas espécies de verdades compartilhadas que chamarei aqui de rumores. A ideia de estudar serviços não é apresentar um “caso” nem tampouco oferecer um exemplo de uma regra geral ou uma exceção a ela, mas mostrar como surgem novas normas em experimentos com a vida, a partir de uma prática social. Por meio da análise das entrevistas, pretendo refletir sobre como os serviços instituem normas sociais para si mesmos e como essas normas são incorporadas e até naturalizadas no funcionamento de sua engrenagem.

As perguntas que me guiaram foram:

- 1) Como se chega à verdade sobre o estupro para a garantia de um direito?
- 2) Como o regime de produção de verdade está se movimentando?
- 3) Quais marcas são exigidas para que a mulher seja reconhecida como vítima de violência sexual?
- 4) Quais argumentos e discursos as mulheres precisam apresentar para ter reconhecido o direito ao aborto?
- 5) A quais interpelações a mulher necessita se sujeitar?

Embora cada serviço tenha uma organização e dinâmica de funcionamento peculiar, ao realizar a análise das entrevistas, surpreendi-me com uma regularidade entre as falas, uma suspeição à palavra da mulher sobre sua história, um temor por parte dos profissionais em serem confundidos com serviços de aborto ilegal, um receio de verem seus programas serem desmantelados em função dessa desconfiança e, por isso, uma preocupação em realizar táticas periciais que pudessem confirmar a narrativa da mulher.

Em função disso, optei por não dividir os dados por regiões, nem em separar as falas por profissionais, tampouco separar por sexagem. Esta pesquisa é um recorte para direcionar meu olhar para o *ethos* dos serviços de aborto legal no Brasil, e não para regiões, profissões ou sexagens específicos. Há diferenças importantes entre os serviços – diferenças de números de atendimentos, de formação de equipes, de tempo de trabalho, de identificação com o trabalho e de recursos. Enquanto um serviço realiza por volta de 100 abortos por ano e possui equipe fixa no programa de aborto legal, outro realiza apenas três e conta com profissionais itinerantes e plantonistas. Essas diferenças são reais e, provavelmente, impactam no funcionamento dos programas.

O que eu quis focar não seriam as singularidades dos serviços, mas o que, apesar de tantas diferenças, os fazia ser um conjunto, um todo. Chamaram minha atenção as semelhanças. Por que apesar de tantas diferenças regionais, de equipe, de formação, os serviços se assemelhavam tanto? Optei por entender os serviços a partir de uma lógica que os ligava entre si, independentemente de localização, sexagem ou profissão. Assim, nenhum dado sobre a formação profissional, sobre a instituição ou sobre a região foi indexado. Não fiz uma pergunta binarista sobre como homens e mulheres operam nos serviços, porque a grande maioria dos profissionais nos serviços de saúde é de mulheres e uma análise de gênero restrita à sexagem não me permitiria avançar para realizar nenhuma análise comparativa. Por isso, as vozes foram entendidas como vozes das equipes.

2.3 SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil e os cuidados éticos requeridos para pesquisas com seres humanos foram tomados, seguindo as recomendações e normas estipuladas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 466, de 2012. Todas as

instituições exigiram nova revisão por seus comitês institucionais. No total, o projeto foi avaliado cinco vezes e o tempo de espera para aprovação tomou, em média, dois meses, sendo que em um dos comitês a espera foi de onze meses.

A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (Apêndice 2) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice 3). Em todos os locais, a coleta de dados foi precedida de autorização institucional.

Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, o tipo de abordagem, os benefícios previstos e os possíveis riscos. Esta é uma pesquisa que envolve poucos riscos para os médicos e profissionais de saúde. O risco maior seria a possibilidade de os profissionais identificarem sua própria fala na apresentação dos dados finais. Tal risco, entretanto, foi minimizado pelo fato de as falas não serem identificadas nem por profissão nem por região.

3 DO ENCONTRO COM O PODER

De acordo com a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), e com o Código Penal (BRASIL, 2001), não é preciso registro policial ou autorização judicial para que a mulher grávida vítima de estupro tenha acesso ao aborto legal. Isso não significa, no entanto, que esses documentos não sejam exigidos pelos serviços, conforme já descrito anteriormente, e que a mulher não tenha de passar por diversos outros testes de verdade. Para que tenha acesso ao aborto previsto em lei, a mulher será interpelada pelos serviços de saúde a narrar sua história de violência, deverá realizar exame que confirme a gravidez e ecografia para identificar a idade gestacional do feto. Os exames e imagens devem indicar nexo causal entre a gravidez e a data do estupro. Por fim, a mulher precisará preencher e assinar uma série de documentos e ser recebida por uma equipe que a acolha e que realize o procedimento.

A representação em palavras do ato violento é uma exigência do Ministério da Saúde para que mulheres e adolescentes tenham acesso ao serviço de aborto legal no SUS. Essa é uma das regras dos serviços. A Portaria nº 1508, de 1 de setembro de 2005, publicada pelo Ministério da Saúde, dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gestação em situações de violência sexual. Para que o procedimento do aborto legal seja autorizado e justificado, a mulher ou adolescente e a equipe de saúde precisam preencher e assinar cinco diferentes termos. São eles: Termo de relato circunstanciado (Anexo I); Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez resultante de estupro (Anexo II); Parecer técnico (Anexo III); Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo IV); Termo de responsabilidade (Anexo V).

Conforme a Portaria nº 1508/2005, o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento do aborto legal e com isso garantir a segurança jurídica aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento da interrupção da gestação. O preenchimento e a assinatura dos termos, portanto, são condições necessárias para que a interrupção da gestação por estupro seja

realizada no âmbito do SUS. De acordo com a referida portaria, os termos serviriam para obter o consentimento da mulher acerca do procedimento, conforme previsto no inciso II do art. 128 Código Penal Brasileiro. A exigência dos termos se justificaria, ainda, pelo fato de a última Norma Técnica sobre Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2012) não obrigar as vítimas de estupro a apresentar o boletim de ocorrência (BO) para a realização do aborto (BRASIL, 2005). A portaria claramente relaciona o preenchimento e a assinatura dos termos ao fato de não mais se exigir o boletim de ocorrência. A ideia de a mulher não precisar apresentar necessariamente o BO seria a de não expor ainda mais a vítima, obrigando-a a ir a uma delegacia, e a de não misturar assuntos de saúde com os de polícia. Assim, apesar de ser incentivada a realizar o BO, a mulher não é obrigada a fazê-lo, devendo o serviço de saúde prestar a assistência independentemente disso. Não há mais ida à delegacia, mas a engrenagem policlesca está refletida na prática dos serviços de saúde. O foco dos termos e protocolos ainda é assegurar que o aborto tenha previsão legal, de tal forma a proteger tanto os profissionais quanto os serviços de um mau uso, por parte da mulher, da máquina pública.

A fronteira é tênue: se houve estupro, o procedimento é legal; se não houve, o aborto passa a ser crime. A insegurança do médico é retratada na fala de um dos profissionais da equipe de saúde: “a maior dificuldade é a questão legal... Ele (médico) tem medo que a Justiça caia em cima dele depois que ele fizer uma coisa dessas”. O medo é de serem considerados criminosos, mas, também, o de estarem realizando um ato imoral. Com a transferência de produção de documentos da polícia para a saúde, os profissionais dos serviços passam a ser os guardiões da lei penal, atuando na vigilância não só das mulheres, mas de si próprios. Os termos previstos na Portaria nº 1508/2005 evidenciam o caráter de exceção do aborto e animam as equipes a investigarem a palavra da mulher sobre se houve ou não estupro e se a gravidez em curso foi resultante da violência relatada. Ao fazerem isso, pressupõem que as mulheres são potencialmente mentirosas e fraudadoras da verdade.

Há muitas possibilidades de respostas quando se é interrogada, todas elas, entretanto, organizam-se entre as estruturas de poder existentes e os hábitos contemporâneos de explicação e descrição dos fatos, relata Arlete Farge (2009). É nesse encontro com o poder que a mulher precisará provar sua história de violência. É dessa maneira única que a mulher terá de falar, premida entre relações de poder e

ela mesma, relações às quais ela precisa se submeter como única possibilidade para ter acesso a um direito. O encontro da mulher com as práticas e regras dos serviços favorece a emergência de um discurso inacabado que o poder obriga a formular.

É a partir desse discurso fragmentado e recortado que as mulheres terão seus destinos selados. É preciso confessar-se, é preciso testemunhar, é preciso detalhes de sua violência. Os serviços se apropriam do relato da mulher em busca de sinais e marcas, seja na sua escrita, seja na sua fala, seja no seu corpo, que tragam indícios de que seu discurso é verdadeiro. Os documentos exigidos para que a mulher tenha acesso ao aborto nos provocam a pensar em como mulheres e profissionais de saúde se imbricam nessas condições de poder para que a engrenagem funcione.

3.1 DA VIOLÊNCIA SILENCIADA E IMPRONUNCIÁVEL

O horror despertado por formas impronunciáveis de violência está relacionado ao fato de as vítimas saberem que é preciso ser humano para ser acusado de ser inumano (DAS, 2012, p. 350).

A violência sexual é uma das formas mais cruéis de violência, na qual a vítima não é ouvida e não pode falar. Veena Das afirma que, quando se contempla a violência extrema, atinge-se uma espécie de limite da capacidade de representar (DAS, 1999). Os atos violentos, por serem chocantes e muitas vezes inimagináveis, são associados a algo inumano e por isso de difícil acesso pelos meios linguajeiros. Adriana Cavarero e Judith Butler (2007) discutem o inumano como algo que ocorre com os humanos, mas que é estranho a ele. Seria algo que não deveria ser um atributo do humano, e por isso, em certo sentido, passa a ser indescritível, algo não possível de ser falado, algo indizível.

Nas situações de violência sexual, o inumano entra em cena e perturba a capacidade de se representar. Por carregar o selo do inumano, a experiência é associada ao impensável, ao inenarrável, àquilo ao qual não conseguimos nos aproximar. A mulher que passou por uma violência sexual, tendo *afogado* ou *sobrevivido*, suportou tudo o que podia suportar; inclusive o que não deveria ou queria suportar. É o sofrer levado à potência mais extrema, uma exaustão do possível, conforme relata Agamben (2008). Tal sofrimento não se refere apenas ao que as mulheres experienciaram, mas remete também àquilo que um ser humano pôde fazer. A potência das mulheres que sobrevivem à violência sexual se confronta com o inumano no humano.

Nesse sentido, Das (1999) se pergunta se os atos de violência seriam transparentes. Até que ponto teríamos acesso ao que ocorre de fato quando falamos de dor, sofrimento ou crueldade? Quando as palavras faltam, como acessar o sofrimento? Como acessar as mulheres que vivem a dor de terem sido violadas sexualmente? A violência sexual tem como arquétipo o silêncio e o segredo. Em geral, não há testemunhas na cena do crime e a única capaz de falar sobre o ocorrido é a própria mulher. Mas como representar o ato inumano em palavras?

O trabalho etnográfico realizado por Das (1999) com famílias urbanas *Punjabi* que haviam sido transferidas após a Partição na Índia mostrou que a violência sofrida pelas mulheres era silenciada.⁸ Não se falava sobre a violência, mas os sentimentos eram compartilhados por meio de um conhecimento velado e por uma história de testemunho. Assim, acessava-se a violência por meio de um *conhecimento venenoso*, um conhecimento amaldiçoado por fazer lembrar o que não deveria ser lembrado, ao qual as famílias tinham acesso por um passado em que testemunharam acontecimentos violentos. A honra das famílias tinha de ser preservada com um especial cuidado com as narrativas. Assim, elas poderiam narrar suas histórias, mas

⁸ Partição: divisão territorial efetuada pela Índia e pelo Paquistão em 1947, pouco tempo após suas independências político-administrativas do império britânico. Esse "evento crítico" caracterizou-se pela violência entre muçulmanos, hindus, sikh e diversos grupos étnicos e religiosos, que acabou por desalojar 14 milhões de pessoas e vitimar pelo menos um milhão. Uma das histórias recorrentes na Partição foi o rapto e a violação das mulheres.

não falavam do que de fato ocorrera, não falavam sobre o estupro, sobre como tinham sido possuídas, sobre como seus corpos haviam sido assujeitados e coisificados.

O silêncio da mulher, nesse sentido, tinha uma dupla função: o de evitar o contato com a dor de ter sido exposta a atos inumanos e impensáveis; e o de proteger a si própria para que pudesse ser recebida de volta para sua família sem carregar o peso da desonra. Dessa forma, a pobreza de palavras se transformava em virtude, pois trazia às mulheres a sensação de que estavam protegidas, como se o silêncio fosse capaz de apagar as imagens e os sentimentos advindos de uma vivência dolorosa e cruel como a da violência sexual.

Uma das mulheres indianas citadas por Das (1999), Manjit, ficou um tempo desaparecida por ter sido raptada pelo exército inimigo. Era comum que, como forma de mostrar superioridade, os homens estupassem as mulheres e as devolvessem “desonradas”. Esse era um símbolo de força e de soberania. Manjit foi resgatada e devolvida a sua família, mas nunca falou sobre o que ocorreu no período em que esteve raptada. Entretanto, lembra Das, toda a emoção ligada àquele acontecimento aparecia nas entrelinhas e era desviada para outras histórias dizíveis dentro do universo cultural dos *Punjabi* (DAS, 1999). A experiência traumática parecia ter sido congelada. Na visão de Das (2007), as mulheres tinham fala, mas não tinham voz. Seria como se a fala das mulheres estivesse ancorada em uma outra voz que não a delas, provocando uma impressão de congelamento das palavras da vítima. As palavras, nesse sentido, ficariam sem vida, paralisadas e insensíveis, dificultando o acesso à experiência do sofrimento (DAS, 1999).

Das (2012) sugere que essas experiências só poderiam ser acessadas por “meios não linguageiros”. Elas são evocadas e referidas a partir de imagens e de recursos estéticos que se constroem pela linguagem, mas também com o corpo. No contexto de dor e sofrimento, fica evidente a existência de formas narrativas, simbólicas e sociais que funcionam como via de acesso aos acontecimentos violentos. No caso de Maria, ela ficou 22 semanas grávida sem poder falar sobre sua história de violência. Seu corpo grávido testemunhou por ela. Por ser dolorosa, a vivência de violência sexual é difícil de ser acessada e traduzida em palavras, e a vítima só perceberá o que ocorreu consigo bem mais tarde, quando for capaz de elaborar e recontar sua história (DAS, 2007).

Maria precisou do testemunho do médico para entender o que estava ocorrendo com seu corpo e precisou ouvir a voz da mãe e de profissionais da saúde para ressignificar sua experiência de violência; só então pôde contar sua própria história. Para Das (2012), é no cotidiano das relações que se poderá ter acesso aos sentimentos das mulheres vítimas de violência. O cotidiano pode ser entendido tanto como reflexo das condições sociais quanto como possibilidade de recuperação dos sentidos, nos pequenos gestos e nas escolhas despreocupadas do dia a dia. O cotidiano não está fora da linguagem. Está imerso nela, ou, ainda, colado a ela.

Dessa forma, a violência que não tem lugar nas palavras só poderá ser retomada e tratada no dia a dia da vida (DAS, 2012). Assim, é no dia a dia de Maria que talvez lhe tenham escapado os resquícios da violência vivida, nas suas relações com os amigos, na escola, nos laços familiares. E foi essa linguagem cotidiana que ninguém conseguiu compreender, até que seu corpo pudesse testemunhar. Além disso, Das (1999) descreve que o acesso às situações de violência se dá por meio de histórias que são contadas com a ajuda do tempo. O tempo é um agente que “trabalha” nas relações, permitindo que os acontecimentos sejam reinterpretados, reescritos e modificados: “as violações do corpo que não podem ser ditas [...] podem ser inscritas na vida cotidiana, quando se permite que o tempo realize seu trabalho de reinscrição, reescritura ou revisão das memórias da violência” afirma Das (1999, p. 39). Nesse sentido, o tempo permite que as mulheres ressignifiquem suas experiências de tal forma que consigam falar sobre elas, tornando-as assimiláveis pela cultura nos limites da experiência humana.

O acesso a essas histórias se dá por meio de um testemunho baseado em uma memória de algo que ocorreu. Tal testemunho não pode ser entendido como uma posse direta do passado; ele é constantemente mediado pelo contexto e pela maneira como o mundo está sendo habitado no presente (DAS, 2011). Dessa forma, o cotidiano e o tempo influenciam na elaboração de novas formas de subjetividade provocadas pela vivência de uma violência extrema e seriam uma via de acesso ao sofrimento advindo dela. A história de Manjit, de Maria e de muitas outras mulheres que vivem ou viveram violência nos permite refletir sobre a complexa relação entre dizer e mostrar — quando não se pode falar da violência, mas se pode expressá-la pela ajuda do corpo, do tempo e da vida cotidiana.

O jogo hegemônico de escuta não reconhece a subjugação imposta às mulheres, que, nesse sentido, precisam de alguém que testemunhe por elas, que fale por elas sobre aquilo que elas não conseguem, porque é impronunciável, silencioso, indizível. Alguém que as traduza para os outros, pois elas falam de algo que não se compreende. Nesse sentido, o testemunho requer uma forma diferente de história, que permita recontar de maneira suportável o insuportável. E muitas vezes não está claro como chegar a essas histórias. Muitas vezes, as mulheres falam, mas não se representam. São palavras frias e sem vida, porque estão imersas num jogo de poder em curso que não reconhece outros textos e outras vozes.

Essa dificuldade de voz está representada no texto que as mulheres contam aos médicos e aos profissionais nos serviços de aborto legal. As mulheres vão falar sobre a violência e contar suas histórias de outra forma e por isso seu discurso pode ser visto como não verdadeiro. Há muitas maneiras de contar uma história, as crianças são especialistas nisso. Falam com os gestos, com os olhos e por meio de suas relações com o mundo. Nem sempre estamos preparados para compreender o que não está traduzido em palavras. Quando a linguagem exige mais do que palavras, dar o testemunho é mais difícil. A mulher ou adolescente precisa falar de um jeito que o outro saiba ouvir e entender.

3.2 O TESTEMUNHO COMO PRODUÇÃO DE VERDADES

A experiência de violência sexual não tem, necessariamente, uma tradução no corpo. É algo que, frequentemente, ocorre no *corpo invisível* e que só pode ser descoberto, muitas vezes, por meio do discurso e do relato, por meio de um testemunho, ainda que este seja fragmentado e não linear.

Michel Foucault (1997) discorre sobre a confissão como um dos rituais mais importantes para a produção de verdades no Ocidente. Desde a Idade Média, a confissão tem sido amplamente difundida, seja na justiça, seja na pedagogia, seja na medicina, seja na religião, seja nas relações cotidianas, e vem sendo considerada

quase algo natural. Para Foucault, entretanto, apesar de ser vista como possibilidade de libertação, na realidade, a confissão é um exercício de poder. A confissão é um ritual que se desenrola numa relação de poder porque não se confessa sem a presença, mesmo que virtual, de um outro. Mas não é qualquer um, é alguém legitimado para tal, que impõe a confissão e a avalia; alguém que intervém para julgar, punir, inocentar, perdoar, resgatar, purificar, curar (FOUCAULT, 1997).

Segundo Foucault (1997), nesse jogo de poder, o lado dominante não é o daquele que fala, que sabe e que viveu a experiência, mas o daquele que interroga e que ouve. É a partir da escuta de quem detém o poder que o discurso poderá ser legitimado como discurso de verdade. Assim, a verdadeira confissão só se dará a partir do momento em que houver uma escuta, ou seja, quando houver alguém do outro lado, detentor de um suposto saber que legitime a fala e a transforme num discurso de verdade. A verdade a partir da confissão, portanto, não está unicamente no sujeito que fala, mas se completa na relação com aquele que ouve:

Aquele que escuta não será simplesmente o dono do perdão, o juiz que condena ou isenta: será o dono da verdade. Sua função é hermenêutica. Seu poder em relação à confissão não consiste somente em exigí-la, antes dela ser feita, ou em decidir após ter sido proferida, porém em constituir, através dela e de sua decifração, um discurso de verdade (FOUCAULT, 1997, p. 66).

Para Foucault, desenvolvem-se dois processos: exige-se a verdade daquele que fala, mas ela escapa às próprias palavras do sujeito, então há necessidade de uma tradução, interpretação, por parte daquele que ouve. Ao traduzir a fala, aquele que escuta acaba por criar um próprio discurso de verdade. Nesse discurso, não se trata apenas de dizer o que ocorreu, mas de reconstituir os pensamentos, as imagens, os desejos daquele que fala (FOUCAULT, 1997).

Ou seja, nessa relação de poder, a pessoa que escuta, mais do que traduzir o discurso do outro, irá criar verdades. Tal poder se evidencia nas relações entre médicos e pacientes, nas quais os médicos vão guiando os discursos para que possam, por exemplo, construir um raciocínio clínico e formar diagnósticos. Nas

situações de violência sexual, em que, muitas vezes, a dor silencia a vítima, os profissionais das áreas *psi* são os legitimados para traduzir em palavras as histórias que não podem ser pronunciadas. Tal tradução tem o poder de criar verdades, as quais passam a ser também as verdades da vítima. No relato de um profissional que atende mulheres em busca do aborto legal, percebe-se como esses discursos são construídos: “conforme a gente foi avaliando, ela foi se contradizendo nas coisas [...] a gente vai conversando e vai pegando as informações. Às vezes, de tanto perguntar, elas acabam falando”.

É pela interpelação que o discurso vai sendo moldado. São as perguntas que vão direcionar o discurso e, de tanto perguntar, as mulheres acabam falando o que precisa ser dito: “às vezes, de tanto perguntar elas acabam falando”, refere a profissional. O discurso precisa ser construído dentro de uma lógica própria, que faça sentido para aquele que ouve. De acordo com a avaliação da profissional, a mulher estava “se contradizendo nas coisas”. E, assim, mais perguntas eram feitas para tentar tornar o discurso possível para aquele que interpela. Nessas tentativas, verdades são criadas não com base na história objetiva dos fatos, mas com base naquilo que se espera de uma mulher vítima de violência sexual.

A *sobrevivente*, aquela que viveu uma violência, precisa narrar sua história, precisa fazer a confissão, nos termos de Foucault (1997), para que a cena seja exposta e para que tenha reconhecido em sua fala um discurso de verdade. Mas, como argumenta Das (2011), nem sempre isso é possível, pois o relato da violência, apesar de ser algo que em princípio apenas a vítima seria capaz de fazer, encontra-se fora das suas possibilidades de expressão, por estar associado a um sofrimento extremo. Por isso a presença de alguém que testemunhe pela mulher se faz tão importante. Ainda assim, é esse testemunho que garantirá o direito da mulher a realizar o aborto.

Giorgio Agamben (2008) explica que há duas palavras em latim usadas para “testemunho”: a primeira delas é *testis* – na *testis*, a testemunha é externa ao evento, pois não vivenciou diretamente a situação, apenas a observou. A segunda delas é a *supertestis* – nessa situação, a testemunha vivenciou o evento e sobreviveu a ele, e é como sobrevivente que tem sua palavra ouvida (AGAMBEN, 2008). Uma é testemunha com base na observação; a outra, com base na vivência e experiência.

Fassin (2008) retoma Agamben e afirma que a verdade da *testis* é expressa na terceira pessoa e, portanto, considerada objetiva, pois é sempre a partir de um outro externo ao evento que o testemunho será feito. Já a verdade da *supertestis* é expressa em primeira pessoa e considerada subjetiva, pois é a verdade pronunciada a partir do contato direto com o evento. A *supertestis* tem o mérito da virtude dos afetos; já a *testis* o tem pela virtude de eliminá-los.

Supertestis é a sobrevivente e, por ser sobrevivente, sempre terá o seu testemunho visto sob suspeita, porque não experienciou a violência extrema brutal, a morte. Ela não pode relatar a verdade de quem morreu (AGAMBEN, 2008). Assim, falar implica algum tipo de privilégio, porque quem fala são os sobreviventes. Por outro lado, o que pode testemunhar carrega o peso moral de ter sobrevivido, trazendo sempre uma suspeita de testemunha ilegítima, vista com desconfiança (FASSIN, 2008). O valor do testemunho se dá essencialmente pela virtude daquilo que faltou nele (no caso, a morte), assinala Agamben (2008). Por isso, o testemunho testemunha por aquilo que nele falta, por aquilo que ele não pode falar, por algo que faz parte de um sistema de relações que está entre o fora e o dentro da linguagem, entre o dizível e o indizível. Foi justamente por ter sobrevivido que ele pode falar sobre o que viveu. Porque ele é o único que pode falar, faz uma declaração com base na sua experiência. Nesse sentido, a noção de testemunho possui um duplo movimento, conforme propõe Rosana Paula Rodriguez (2013): é uma potência que adquire realidade mediante uma impotência de dizer. Cria-se, portanto, um paradoxo sobre aquilo que se diz, mas não poderia ser dito. Assim, a sobrevivente precisa de alguém que a represente, que fale por procuração sobre algo que somente ele viveu. O testemunho da sobrevivente, portanto, é feito para um terceiro, para o *testis*, que assume o compromisso de falar por aqueles que não podem.

Didier Fassin (2008) discute o papel do *testis* e do *supertestis* ao estudar a atuação dos Médicos sem Fronteiras no conflito entre Israel e Palestina. Após a Segunda Guerra Mundial, os agentes humanitários passaram a trabalhar também nos campos de concentração e ficou insuportável não denunciar o que viam. Como os sobreviventes dos campos não se reconheciam como os porta-vozes daqueles que viveram a violência até sua morte, os trabalhadores humanitários, com base numa moral imperativa, assumiram o papel de testemunhar por aqueles a quem davam assistência para fazer com que seu sofrimento se tornasse público. Dessa forma, o

testemunho de quem prestava assistência passou a ser reconhecido como o testemunho possível — primeiro porque se considerava mais objetivo e ausente de emoções, segundo porque os agentes podiam falar sobre aquilo que os sobreviventes não conseguiam (FASSIN, 2008).

Quando as vítimas da precarização da vida são privadas de expressão, as organizações que defendem sua causa decidem falar em seu nome. Ao fazê-lo, explica Fassin, as organizações iluminam, transformam, simplificam essas palavras, dramatizam em função de seus objetivos, não tanto para reconstruir suas experiências, mas para lutar por uma causa. Essa causa é construída com base em princípios legítimos de intervenção humanitária, de defesa das vítimas e de apelo aos afetos, mas pode falar mais sobre aquele que escuta do que sobre aquele que fala; diz mais sobre o que observa do que sobre aquele que experiencia. Tais testemunhos estão ancorados em relações de poder nas quais algumas vidas estão mais fragilizadas do que outras e nas quais algumas vozes são mais legitimadas do que outras.

Dessa forma, aquele que escuta assume o papel de testemunho, o papel daquele que dirá a verdade sobre o que não pode ser dito pela vítima — o papel de *testis*, da terceira parte. De acordo com Fassin, a terceira parte são as organizações, os psiquiatras, os psicólogos e os assistentes sociais que testemunharão sobre a violência e a dor do outro (13). Aproveito a análise de Fassin sobre os serviços humanitários na França para pensar os serviços de aborto legal no Brasil. Nos serviços de aborto legal, os testemunhos legitimados, os *testis*, seriam os profissionais de saúde, médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Um desses profissionais afirma: “eu acho que a gente tem ferramentas para entender os sinais do trauma, até de uma pessoa que não fala”. Os profissionais do *jaleco branco* seriam os responsáveis por ouvir as histórias das mulheres, ainda que elas não falem, de tal forma que essas histórias possam ser traduzidas ou não como um discurso de verdade. E esse testemunho, situado entre o dizível e o indizível, terá valor fundamental para a decisão sobre a realização ou não do aborto previsto em lei.

3.3 O PARADOXO DO TESTEMUNHO: O QUE ‘FALA POR’ E O QUE ‘CALA’ AS MULHERES

As mulheres que procuram o aborto previsto em lei são as que sobreviveram a uma violência cruel e que serão interpeladas a testemunhar sobre sua história. O testemunho será exigido tanto nos cinco documentos que ela precisa preencher e assinar quanto nas entrevistas e consultas pelas quais ela precisará passar. Em alguns serviços são exigidas pelo menos três consultas com a psicóloga, pelo menos duas com a assistente social e duas com o médico. Outros serviços exigem o BO ou autorização judicial, o que significa que a mulher terá de dar o seu testemunho, também, na delegacia ou para um juiz (MADEIRO; DINIZ, 2016). Em cada um desses encontros, a mulher terá de relatar a sua história de violência repetindo fatos e detalhes. Uma profissional descreve: “a paciente chegou para o serviço social com uma fala, quando ela chegou para o psicólogo apresentou outra fala. Aí a equipe estranhou. Será que ela está mentindo?”. A incongruência entre as histórias pode ser entendida como inverdade e, portanto, como possível fraude: a mulher poderá estar mentindo para realizar um aborto não previsto na legislação. Por isso, seu relato precisa ser coerente, uniforme, lógico.

Para Agamben (2008, p. 147). “o testemunho é uma potência que adquire realidade mediante uma impotência de dizer”. Ou seja, o testemunho só existe porque tem a possibilidade de falar por alguém que é impossibilitado de fazê-lo. No caso das mulheres que viveram violência e vivenciaram o sofrimento no seu ponto extremo, o testemunho se faz necessário. O testemunho implica, portanto, sempre uma dualidade essencial, como refere Agamben (2008), na qual existe uma potência de dizer, diante de uma incapacidade, uma falta daquele que não pode falar. Só através de uma impotência aparece a potência de dizer. Potência e impotência estão de tal forma vinculadas que uma só existe porque existe a outra. Por isso, a testemunha, o sujeito ético, é o sujeito que dá testemunho de uma dessubjetivação, de uma relação de impotência da mulher de dizer. O testemunho é o sujeito de uma dessubjetivação, de uma incapacidade do outro em se representar.

Dois pontos parecem contribuir para a dificuldade da mulher em se representar no contexto dos serviços de aborto legal: de um lado, a violência extrema vivida que faz as palavras desaparecerem, de outro, o contexto opressivo e de suspeição em que a mulher é obrigada a se expressar. Um profissional descreve um pouco esse contexto: “era medo. Ela estava tão apavorada no primeiro atendimento que ela respondeu o que ela imaginava que seria correto”. E aqui surge um desafio: a testemunha, no caso o profissional de saúde, é o sujeito que vai falar pela mulher e ao mesmo tempo é o sujeito que representa a engrenagem de poder que a oprime. O testemunho, ao mesmo tempo que é o poder que coopera, é o poder que não reconhece. Os profissionais de saúde são os que ‘falam por’ e ‘os que calam’ as mulheres. Ou seja, se por um lado é o testemunho que vai legitimar a narrativa da mulher, por outro é esse mesmo testemunho que vai desqualificá-la ao não reconhecê-la como suficiente para enunciar a sua verdade. O testemunho de terceiros aumenta à medida que as mulheres são silenciadas. Quanto maior o silêncio, maior a necessidade do testemunho de terceiros. Ou, mais precisamente, onde as vítimas de violência e desigualdade são supostamente privadas de se expressar, os saberes e poderes decidem falar em seu nome.

Agamben (2008, p. 150) reforça que o testemunho “sempre é um ato de ‘autor’, ou seja, um ato de criação. O autor é aquele que irá criar a partir da falta, da impossibilidade do outro em dizer e, nesse sentido, assume a autoria em construir uma história que pode falar mais de si do que daquilo que testemunha. O testemunho pressupõe sempre algo que lhe preexiste — fatos, palavras, situações, crenças, contextos — e, por isso, quando testemunha, o profissional de saúde pode falar mais de sua própria história do que da história sobre a qual testemunha. Fassin (2008) problematiza o fato de o testemunho de profissionais que prestam assistência às vítimas de violência derivar menos da avaliação clínica do que de seu julgamento moral.

Ou seja, deriva menos de fatos objetivos do que de um julgamento subjetivo com um histórico e com precedentes morais. Diz muito sobre o porta-voz e pouco, talvez, sobre a vítima em nome de quem se fala. Esse é, também, o desafio do testemunho dos profissionais de saúde que atuam em serviços de aborto legal. O testemunho do profissional de saúde se dá pelo que falta, por aquilo a que não se tem acesso, por uma impossibilidade de dizer. Diante do emudecimento e da perda de

relato da *sobrevivente*, os profissionais de saúde assumem a tarefa de representá-la. Mas, quando o fazem, estão a representar algo que eles não conhecem e não sabem, e assumem a autoria de falar por elas a partir de vivências próprias. Essa escuta hegemônica pode não reconhecer e legitimar a narrativa da mulher de tal forma que o procedimento do aborto pode lhe ser negado.

3.4 DAS REGRAS, TERMOS E PROTOCOLOS DOS SERVIÇOS

Ao todo, como mencionado anteriormente, cinco documentos devem ser preenchidos e assinados pela equipe de saúde e pela mulher. É por meio deles que se investiga a verdade da mulher, sua história, com o máximo de detalhes. Um dos termos a serem preenchidos é o de 'Relato Circunstanciado' (Anexo I), no qual a mulher deverá relatar por escrito sua história de violência sexual que resultou na gravidez. Ela deve descrever local, dia, horários e as circunstâncias da violência. Deve descrever o tipo de violência sofrida e a forma como se deu o abuso. Quanto ao agressor, a mulher deve ser capaz de especificar o número de envolvidos, se eram conhecidos ou não, a idade aparente, raça, cor dos cabelos, trajes e se o mesmo apresentava sinais de uso de álcool ou drogas ilícitas. Deve ainda registrar se houve alguma testemunha no ato. Nesse termo, as mulheres serão interpeladas a narrar a cena de estupro, a contar sua história de violência, de como foram possuídas e de como tiveram seus corpos assujeitados e coisificados. Não se exige apenas o seu relato verbal, mas sua escrita. Ela precisará preencher o formulário, descrever por escrito o que viveu. Considerando o regime prévio de precarização da vida de muitas dessas mulheres, escrever sobre a experiência pode ser ainda mais desafiador do que narrá-la. O texto escrito exige forma, ortografia, regras e escolarização.

Seja por escrito, seja em palavras, esse é um conhecimento difícil de ser acessado em seus detalhes. Uma profissional de saúde responsável por ouvir as mulheres de um dos serviços de aborto legal estudados confirma: "é uma fala entrecortada, muitas vezes, por choro, por uma dor, por silêncios". A pobreza de

palavras e o silêncio trazem às mulheres a sensação de que estão protegidas, argumenta Das (1999), como se a partir disso pudessem esquecer o ato inumano vivenciado. A exigência de preenchimento do termo de relato circunstanciado desafia a mulher a romper com esse silêncio, trazendo à tona sentimentos e imagens da cena violenta.

Das (1999) tem se dedicado a estudar mulheres que viveram violência e pontua o quanto essas experiências são silenciadas. As mulheres não conseguem e não podem falar sobre a violência sexual, seja pelo medo da fúria seja por outros constrangimentos de ordem familiar, econômica ou afetiva. Com o silêncio elas tentam proteger não só a si mesmas, mas também suas famílias. As meninas e mulheres que procuram o serviço de aborto legal vivem o dilema entre ter de contar sua história para ter acesso a um direito e ter de 'proteger-se' no silêncio e na negação do ato violento. Uma profissional descreve a dificuldade enfrentada por essas mulheres:

Ela tem que responder várias vezes a mesma pergunta, contar a mesma história várias vezes. E o pior, que quando a gente pega crianças que não contam e que não sabem e que não querem falar [...] ou mulheres mais velhas que têm vergonha, porque muitas se sentem culpadas pelo que tá acontecendo, então você fica insistindo.

É no encontro com os saberes e poderes que as mulheres terão de narrar sua história. Não é um testemunho comum. É um testemunho diante de uma equipe que precisa autorizar e justificar um procedimento. Elas serão interpeladas a falar, por uma equipe que precisa saber. A insistência é rotina: as mulheres precisam falar, mesmo quando impossibilitadas de fazê-lo. Elas precisam narrar sua história e responder várias vezes à mesma pergunta. E as respostas precisam ser coerentes e convincentes para que o procedimento possa ser justificado pela equipe de saúde. As meninas e mulheres que procuram o serviço de aborto legal vivem o paradoxo de ter de falar sobre o inenarrável para ter acesso a um direito. São meninas e mulheres que tiveram seus corpos violados e que serão interpeladas a narrar sua história de violência de maneira a convencer a equipe de saúde sobre sua verdade.

Vale reforçar que na exposição da violência sexual dificilmente se encontram narrativas lineares, que possam ser descritas facilmente pelas formas hegemônicas de escuta. Em geral, são narrativas arrancadas do mutismo prudente da mulher que evita o encontro com o inumano. A história dessas mulheres só poderá ser acessada por meio da desordem de informações e de um quebra-cabeça imperfeitamente reconstituído de acontecimentos obscuros. É dessa forma que a mulheres conseguirão narrar suas experiências de dor: de uma maneira desordenada, fragmentada, confusa. Apenas um ou mais contextos se deixarão aprisionar nas palavras e a mulher poderá não se lembrar ou não conseguir falar sobre os detalhes de sua violência da forma como se exige que faça. Tal situação é ainda mais desafiadora quando a vítima é uma menina.

E aqui surge o primeiro paradoxo nos termos de justificação e aprovação do aborto no SUS. Se há dificuldade em se representar em palavras o ato inumano da violência sexual, como exigir da mulher a lembrança de detalhes da cena e do agressor? É possível tal lembrança? E há ainda um segundo paradoxo evidenciado pelas exigências dos termos. O que se diz ali, pressionado entre os saberes e poderes, talvez seja mais sobre a verdade do que da verdade. Tal como entendia Foucault ao pensar sobre o arquivo, “é no interior de suas regras que falamos, já que é ele que dá o que podemos dizer” (FOUCAULT, 2008, p. 148). São os saberes e poderes que delimitam o que é possível e necessário dizer. São eles que vão demarcar a moldura por onde olharemos a paisagem, do que não se pode mais dizer e do que fica fora da prática discursiva.

Rodriguez (2013) afirma que a hegemonia do presente se impõe no relato do passado, ou seja, há incidência do presente na narração sobre algo que ocorreu no passado. Ela destaca que há dois momentos no testemunho: o tempo em que se inscreve a experiência vivida e o tempo de narrar, que é o tempo atual, no qual se apresenta o testemunho. A memória da testemunha reconstrói a experiência do passado desde e com os limites do presente, o que significa que o tempo de narrar estará continuamente envolto pelas circunstâncias do momento. Nesse sentido, o que a mulher dirá sobre a experiência vivida será sempre permeado pelo presente que a indaga e que a interpela. Sobre como se dão essas interpelações uma profissional relata: “a mulher já chega sendo considerada culpada ou vista como se tivesse feito

algo que propiciasse a violência. Eu sinto isso muito presente na forma como as perguntas são feitas... isso é muito forte”.

A forma como as perguntas são feitas demonstram o quanto os serviços estão subordinados aos imperativos de uma moral própria, que, a partir de seus mecanismos de poder, irá produzir verdades. A mulher já seria vista como culpada ou responsável pelo ato do estupro, desabafa a profissional. E, sendo assim, ela já seria vista com suspeição pela equipe de saúde. São verdades construídas a partir de um marco de poder patriarcal, no qual se buscam justificativas do estupro no comportamento e hábitos da mulher. Interpelações como essas se vinculam à prática dos serviços como se fossem condições necessárias para o acesso das mulheres a um direito.

Esses relatos são permanentemente uma falta, os indícios reunidos ali serão permanentemente insuficientes. Ali se fala sobre o inenarrável. São fragmentos, retalhos de vida expostos, muitas vezes, de maneira confusa para aquele que escuta. Ali há ausências e falas captadas entre o que pode e não pode ser dito. Esse é um espaço que por direito é das mulheres, mas esse tipo de engrenagem oferece uma escuta simplificada. Ela ocorre, muitas vezes, em um contexto desfavorável e opressivo, no qual se fala para alguém que, em princípio, desconfia de sua palavra. Uma profissional pontua: “muitas vezes elas vêm com um relato mentiroso para que elas possam ter esse amparo”. A mulher já é recebida com suspeição, ou seja, como uma mulher que pode estar mentindo para ter acesso à realização de um aborto.

A suspeição move também outro documento exigido pela Portaria nº 1508/2005: o “Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez resultante de estupro” (Anexo II). Esse termo tem o objetivo de atestar que o pedido da mulher se encontra em conformidade com o artigo 128 do Código Penal, não havendo indícios de falsa alegação de crime sexual por parte dela. Três profissionais de saúde precisam assinar o termo que aprovará ou não a interrupção da gestação, atestando que a mulher não está mentindo. Esse documento provoca os profissionais a suspeitarem da verdade da mulher e a atuarem como peritos. Eles precisam atestar que não há falsa alegação de estupro e, para tanto, são coagidos a investigar o comportamento e a narrativa da mulher. Uma profissional descreve: “A gente é colocada em situações onde se pretende, querem que a gente tire essa verdade,

esperam que a gente tenha a bola de cristal para dizer: 'olha, ela está mentindo'... eu sinto esse peso nas costas”.

Não há exigência de boletim de ocorrência, tampouco a necessidade de autorização judicial, ainda que alguns dos serviços estudados mantenham essa prática, mas exige-se que os profissionais testemunhem, ajam como peritos da palavra da mulher. Serão eles os responsáveis por atestar se a mulher está ou não mentindo. Serão eles que dirão se a mulher foi ou não aprovada pelos testes de verdade a que foi submetida. A profissional refere sentir um peso nas costas por ser responsável pela verdade da mulher. Ela será uma peça importante para fazer funcionar a engrenagem: uma engrenagem da suspeita e da perícia.

No caso do Parecer técnico (Anexo III), outro documento exigido pela Portaria nº 1508/2005, laudos e exames ecográficos respondem com objetividade sobre a gravidez e a idade gestacional. Nesse parecer o médico precisa atestar que a idade gestacional está de acordo com a data da violência sexual alegada. Ele deverá realizar seu parecer com base no exame físico e ginecológico, na ultrassonografia obstétrica e na data da violência narrada pela mulher. Esse é o único termo em que basta a assinatura do médico, sugerindo que ele seria soberano para atestar o nexo causal entre a violência sexual e a gravidez. Contudo, ainda que tal parecer se baseie em dados objetivos sob ótica do saber médico, há de se considerar que o nexo causal precisa associar os dados dos exames à narrativa da mulher, que, por vezes, pode conter desacordos, rupturas, desarranjos.

Pode haver confusão de datas, nomes, lugares, vestimentas. Tais desacordos, entretanto, não são necessariamente indícios de fraude, mas sinalizam a dificuldade de encontro da mulher com o sofrimento advindo de uma vivência de violência sexual. Exames e imagens, ainda que necessários, não são suficientes para construir a verdade da mulher e não podem ser considerados prova ou reflexo direto de uma história. É preciso procurar os sentidos na desordem aparente dos relatos, dos fatos e dos acontecimentos para que se possa construir uma história.

A lógica da suspeita e da desconfiança move também a exigência do Termo de responsabilidade (Anexo V), no qual a mulher deve assumir a responsabilidade penal decorrente da prática de crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de

aborto (art. 124 do Código Penal). Ou seja, ao assinar o documento, a mulher se responsabiliza criminalmente por seus atos, casos eles venham a se configurar como ilícitos. O termo evidencia o caráter de exceção do aborto por estupro, cita os artigos do Código Penal pelos quais ela poderá ser processada caso suas palavras não correspondam à legítima expressão da verdade. É um documento opressivo, porque não fala do direito da mulher, mas de sua restrição e de como ela poderá ser punida pela lei penal. Ele expressa claramente a suspeita de que a mulher poderá mentir ao solicitar o aborto legal e, por isso, ela deverá assinar e se responsabilizar por sua história. Mas, mesmo fazendo isso, tal termo não é suficiente para que ela tenha acesso ao aborto. Ela precisa ainda passar por todos os outros testes de verdade. Nesse sentido, parece ser um termo que não precisaria existir, tendo em vista que quem atestará a verdade da mulher não é ela própria, mas a equipe de saúde.

Poderíamos supor que tal termo fosse importante para oferecer segurança jurídica aos serviços e equipe de saúde, mas, mesmo com a assinatura de todos os termos, os profissionais de saúde ainda alegam receio com um possível processo criminal. Tal preocupação é vista com estranheza por uma profissional da equipe:

Eu acho que eles (profissionais) usam isso (processo criminal) como desculpa. Porque você mostra que tem todas as possibilidades ali, tem todo um embasamento teórico, respaldo, termo de consentimento da própria mulher solicitando (o aborto) dizendo que se responsabiliza criminalmente por tudo, mas ainda assim eles questionam.

O incômodo da profissional se justifica. De acordo com o Código Penal (2001), não se pune aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou de seu representante legal. O “Termo de consentimento livre e esclarecido” (Anexo IV) preenchido e assinado pela mulher seria suficiente, portanto, para garantir à equipe segurança jurídica, já que expressa o consentimento da vítima. Não haveria necessidade de preocupação com um processo criminal, pois o Código Penal não prevê punição para o médico quando há consentimento para o aborto em casos de gravidez por estupro.

A pergunta foucaultiana ‘O que está acontecendo aqui?’ perturba. São várias as provas de verdade e assinaturas de termos para além do previsto no Código Penal.

Ainda assim, não são suficientes para a realização do procedimento, e um possível processo criminal seria utilizado como desculpa para justificar a não realização ou autorização do aborto. Com exceção do formulário do “parecer técnico”, todos exigem a assinatura de uma ou duas testemunhas, além da assinatura da mulher. No termo de relato circunstanciado, exigem-se quatro assinaturas: da mulher, da testemunha e duas assinaturas de profissionais de saúde. Por que não seria suficiente apenas a assinatura da mulher? Qual seria a necessidade das assinaturas de uma testemunha e de dois profissionais de saúde?

Não bastam a palavra e vontade da mulher, não basta se submeter a todos os testes de verdade, não basta ainda ter o direito assegurado pela lei penal. É o testemunho do profissional de saúde que possibilitará ou não a realização do aborto previsto em lei. É necessário ter o reconhecimento de um outro que possa assinar e decretar a legalidade do procedimento. Um profissional resume: “ela (mulher) vai ser acolhida, aí o médico vai decidir”. Nessa fala, o saber e poder se expressam de maneira máxima na decisão tomada pelo médico da equipe. A decisão é dele, e não da mulher. Todos os formulários partem de uma lógica da suspeição para que possam interrogar a mulher sobre sua verdade.

Por meio dos termos, exige-se que a mulher se expresse a partir de um formato rígido, que siga convenções e formas hegemônicas de linguagem, que muitas vezes não são possíveis para quem viveu uma experiência inumana. Assim, o silêncio, em vez de ser entendido como a impossibilidade de fala diante de uma experiência grotesca e inumana, pode ser entendido, por uma equipe de saúde, como artimanhas de uma mulher que mente para ter acesso ao aborto legal. Profissionais de saúde são deslocados para assumir o papel de peritos sobre uma narrativa e um corpo que sofre.

Se, por um lado, os documentos e testemunhos assumem a importância de traçar destinos, por outro, parecem servir apenas para fazer funcionar a engrenagem. No discurso de um profissional fica claro o caráter administrativo a que os documentos e protocolos servem: “E aí esse pedido vai para equipe, para submeter... Eu não diria autorizar, porque autorizar já está autorizado por lei, mas apenas registrar para que tudo fique registrado”. Os documentos servem para registrar. Nesse sentido, nos serviços de aborto legal, não se testemunha sobre a verdade da mulher, mas sobre a

regularidade do procedimento: todos os formulários foram preenchidos? A mulher se submeteu a todos os exames e provas?

Os protocolos servem para documentar e garantir que os procedimentos estejam de acordo com as normas vigentes e, assim, enquadrar uma ação no modelo predeterminado pelas leis, seja a lei penal ou a moral. Tudo deve estar anexado ao prontuário para fazer funcionar essa engrenagem. Os protocolos não servem para proteger a mulher, nem servem para oferecer cuidado. Os termos, tampouco, são uma forma de resgatar o testemunho da mulher. Eles servem para garantir a licitude do procedimento e fazer funcionar uma engrenagem que atualiza a lei penal e a hegemonia moral sobre o aborto. E, no fim, parece ser esse o maior objetivo dos termos e testemunhos: dificultar ao máximo o acesso das mulheres ao aborto e desestimulá-las a realizarem o procedimento, de tal forma que elas se conformem à moral patriarcal, na qual o papel reprodutivo assume caráter central em suas vidas.

3.5 UM ACONTECIMENTO DE LINGUAGEM

Nos discursos truncados, sustentados apesar do medo, da vergonha, há um *acontecimento*, conforme refere Farge (2009), porque, mesmo em rudimentos, essa linguagem carrega tentativas de coerência pretendidas por aquela que proferiu essas respostas. As palavras ditas e escritas são *acontecimentos*, pois nelas se esboçam as maneiras de se perceber o tolerável e o insuportável, o humano e o inumano, o que é possível e o que não é possível ser dito. Aproveito a análise de Farge para pensar que no encontro da mulher que procura o aborto legal com os saberes e poderes, mais do que seu testemunho, temos um *acontecimento da linguagem*. Sua fala está lá não para falar da experiência que viveu, mas para "despertar a convicção e obter o assentimento daqueles que ouvem e que julgam" (FARGE, 2009). A mulher precisa narrar sua história de tal forma a convencer o outro que ela tem direito ao aborto legal. Não importa mais a verdade fragmentada dos fatos, oferecida como vestígio e rumor, mas a lógica do discurso para obter o reconhecimento do outro.

A forma de indagar dos serviços propicia uma confusão com o real e uma aproximação com os jogos de linguagem. No enunciado das perguntas realizadas pelos serviços já se esboçam as condições estabelecidas pelo poder, expondo os ajustes necessários entre a engrenagem e a mulher. A mulher se esforçará para dizer o que precisa ser dito, o que pedem a ela para dizer. E, nesse sentido, o encontro da mulher com os dispositivos de poder fica reduzido a um *acontecimento da linguagem*, entendendo a linguagem já não necessariamente como a expressão de uma verdade, mas como algo entre uma possibilidade e impossibilidade de dizer, entre o possível e o não possível de ser representado.

Seguindo Farge (2009), importa em minha análise não mais saber se os fatos relatados ocorreram exatamente daquela maneira, mas entender como se articulou a narrativa entre um poder que obriga as mulheres a isso. Os dispositivos de poder exigirão que a mulher ou adolescente falem, mesmo na impossibilidade de fazê-lo. Ou elas se submetem a todas as interpelações ou elas não terão acesso a um direito. No discurso proferido e construído pelos saberes e poderes, vidas de mulheres são postas em jogo em algumas frases. E é nesse encontro entre o que se diz e o que se cala que se instala o *acontecimento da linguagem*.

Os termos assinados exigidos pela Portaria nº 1508/2005 e as diversas outras interpelações pelas quais a mulher é submetida nos serviços indicam que entre a palavra e a vontade da mulher existem inúmeras normas e regras não escritas e não previstas às quais ela precisa se submeter. Entre termos, testemunhos, assinaturas, narrativas, exames e consultas, sugerem-se os destinos das mulheres e de seus corpos. A verdade que se investiga não é a verdade objetiva dos fatos, mas, muito além disso, é uma verdade possível que o poder obriga a formular. É por meio dessa verdade que a mulher terá ou não acesso ao aborto previsto em lei. É no encontro com o poder que as interpela que seus destinos serão traçados.

Assim, a mulher deverá apresentar um discurso coerente, lógico, com detalhes sobre a experiência vivida. Deverá ser capaz de demonstrar não só que viveu uma violência sexual, mas, também, que a gravidez em curso foi decorrente do estupro. Mas o que parece ser mais importante e decisivo é que, mesmo aprovada em todos esses testes de verdade, a mulher terá ainda de apresentar um discurso que seja entendido pelos serviços como um discurso verdadeiro compatível com o discurso de

uma real vítima de violência. Haveria uma espécie de fórmula, de padrão a ser seguido. Um erro de gramática, uma troca de palavras, um esquecimento de data invalidaria não a verdade do que se quer provar, mas a fórmula e o padrão esperados do que se deveria dizer.

Há um desencontro entre a história interna e a externa dos protocolos, ou seja, entre o que formalmente se pretende com eles e o que a prática social nos mostra. Tal desencontro é evidenciado a partir das incongruências e paradoxos encontrados no funcionamento dos serviços. O primeiro paradoxo é a exigência de que a mulher testemunhe por si e apresente fatos e datas da violência mesmo sem as condições para fazê-lo. O segundo paradoxo deriva do primeiro. Como a fala da mulher não é suficiente para construir a verdade de sua história, faz-se necessário o testemunho de um terceiro, no caso, o profissional de saúde. Para isso, ele terá de investigar a verdade da mulher para testemunhar sobre algo que ele não viveu e não conheceu. E é ele quem dará a palavra final. A necessidade do testemunho do profissional dessubjetiva a mulher, ao privá-la de sua própria verdade. Além disso, como o testemunho é sempre um *ato de autor* (AGAMBEN, 2008), ele fala mais daquele que testemunha do que daquele que viveu a experiência e, por isso, um profissional de saúde pode, por exemplo, negar o procedimento de aborto a mulher que teria esse direito.

Interrogar o que acontece nos serviços de aborto legal é uma forma de estranhar o que cotidianamente lá se realiza. A ideia é perturbar e não simplesmente encontrar um sentido para as regras e práticas. Não proponho a extinção de tudo que se faz, mas procuro provocar um olhar diferente para a prática diária de tal forma a instigar que não sejamos meros herdeiros de normas, obedecendo e cumprindo ordens sem refletir sobre elas. Farge (2009) afirma que todo documento deve ser interrogado e reinterrogado, pois suas necessidades não são evidentes. Utilizo sua análise para pensar não apenas sobre os documentos, mas também sobre as práticas e regras dos serviços. É a partir disso que venho pensar o uso dos termos, protocolos e interpelações realizados nos serviços do aborto legal; procurei estranhá-los me guiando pela pergunta “o que está acontecendo aqui?”. Acredito que é nesse estranhamento que se localiza a potência para a mudança.

4 SOBRE A CONSTRUÇÃO DA VERDADE

Em 1976, no primeiro volume da *História da sexualidade*, Foucault introduz o tema da biopolítica (1997). Ele discute que a organização do poder sobre a vida pode ser compreendida a partir de dois polos — a disciplina do corpo e as regulações da população, ou seja, a biopolítica. Para Foucault, o poder é exercido não somente sobre os corpos, mas também sobre as populações e sobre a vida ao longo de todo o seu desenrolar: “O poder se situa e se exerce ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços de população” (FOUCAULT, 1997, p. 129).

A biopolítica, assim, é o poder que se exerce positivamente sobre a vida por meio de controle e da regulação de fenômenos relacionados ao nascimento, à enfermidade e à morte (FOUCAULT, 1997). Apesar de Foucault ter retomado esse conceito posteriormente, Fassin (2004) pondera que a teoria da biopolítica ficou relativamente inacabada e se propõe a refletir e avançar a partir dela. O que Fassin vai explorar é a maneira como os corpos são utilizados a favor de uma economia moral, assentada na lógica da desigualdade, para a criação de uma política da vida. Ao estudar a política de imigração da França, o autor reflete sobre como os imigrantes precisam revelar seu desamparo, sua dor e seu sofrimento para justificar e certificar a extrema necessidade de conseguir o visto de permanência no país (FASSIN, 2003). Assim afirma ele: “É preciso mostrar para a administração que o corpo sofre para suscitar sua generosidade” (FASSIN, 2003, p. 51).

Essa forma particular de governar os corpos é o interesse central de Fassin. Tal governabilidade não é uma política pela qual a lei, moral ou jurídica, se impõe ao corpo, mas uma política na qual o corpo, enfermo ou em sofrimento, é que possibilita o direito de acesso a uma política social. Dessa forma, mais do que a imposição de um biopoder, como entendia Foucault, ou seja, de um poder soberano sobre a vida, Fassin propõe que tais demandas sejam vistas a partir de uma *biolegitimidade*, ou seja, de um reconhecimento da vida como bem supremo (FOUCAULT, 1997; FASSIN, 2003). A *biolegitimidade* é um dos fundamentos morais do mundo contemporâneo (FASSIN, 2004). O que expressa a ideia de *biolegitimidade* é a fusão de *zoé* — vida biológica, vida desnuda — e *bios* — a vida

em sociedade, ou vida política. Ou seja, a refundação da vida política na vida biológica (FASSIN, 2004). Portanto, a biolegitimidade seria o reconhecimento do corpo para uma política da vida.

Ao contar suas histórias, os imigrantes em busca do visto de permanência expõem seus corpos, suas vidas e suas biografias a fim de mostrar às figuras do governo que merecem permanecer no país. Os solicitantes têm no corpo o último recurso para fazer valer seu direito de acesso a algum benefício social. Fassin sugere o termo *economia moral da ilegitimidade* para descrever essa organização pela qual os *dominados* utilizam seus corpos como fonte de acesso a direitos sociais (FASSIN, 2003). Os corpos utilizados não são somente os corpos materiais, com suas marcas visíveis, mas também o corpo imaterial. O corpo imaterial traz marcas aparentemente sem localização, são marcas do passado que precisam se atualizar a partir da dor e do sofrimento. O acesso ao corpo imaterial se dá pelas narrativas e pelos relatos autobiográficos. Pela confissão, como diria Foucault (1997).

A *economia moral da ilegitimidade*, portanto, é a ordem de uma engrenagem na qual os *dominados* expõem seus corpos desamparados com a esperança de suscitar a compaixão e o sentimento de justiça de um outro e, assim, ter acesso aos direitos sociais. Nessa lógica, o simples relato ou discurso daquele que solicita direitos, apesar de necessário, não é suficiente. É preciso que haja provas, e provas no corpo. Nesse sentido, o corpo se torna o espaço no qual aparece a evidência da verdade (FASSIN; D'HALLUIN, 2005). As narrativas passam a ter menos credibilidade e as provas são mais frequentemente exigidas. Os sinais no corpo tornam-se uma evidência de verdade. Marcas, tanto físicas quanto psíquicas, são um sinal tangível de que a violência ocorreu.

4.1 ECONOMIA MORAL DO TRAUMA

Ao estudar a emissão de certificados médicos para os sujeitos que esperam asilo político na França, Fassin e D'Halluin (2005) refletem sobre o uso do corpo para reivindicar direitos. Por meio do laudo médico, o refugiado pode ter garantido o direito de permanência no país, mas tem de provar tal necessidade para os médicos e psicólogos por meio de suas doenças ou sofrimento, sendo o corpo o espaço no qual aparece a evidência de verdade. Tendo em vista a lógica restritiva do direito ao asilo, o certificado não pode ser dado a todos e instaura-se uma política de suspeição, na qual a fala dos refugiados é constantemente colocada em juízo. Eles precisam contar suas histórias, mas sua palavra será questionada, e serão os corpos agora os produtores de verdade.

Nesse contexto, Fassin e D'Halluin (2005) apontam a emergência de um paradoxo. Como as palavras dos refugiados são colocadas em dúvida, os corpos passam a ser questionados. Entretanto, esses corpos falam pouco, porque as marcas da violência nem sempre são visíveis. É nesse contexto que o laudo médico assume enorme importância: não basta a palavra, não bastam seus corpos. Há necessidade de alguém que legitime e que transforme a narrativa e as marcas no corpo num discurso de verdade. Os autores apontam que ocorrem dois processos concomitantes: o primeiro deles é que a engenharia da suspeição transforma os profissionais numa figura ambígua entre o que oferece assistência e o que é perito. Ao subordinar a atividade clínica à perícia médica, gera-se uma confusão de papéis que guia o profissional a atuar não para a assistência, mas para a investigação. O segundo é que o testemunho do profissional de saúde, ao não valorizar a verdade das vítimas, acaba por contribuir para uma dessubjetivação das próprias vítimas. Assim, os saberes médicos e psicossociais acabam por privá-las de sua verdade.

Para Fassin, esse testemunho é de um estado indefinido, pois nem se relaciona ao discurso da polícia nem tampouco se refere à saúde do indivíduo: situadas “entre o diagnóstico e a condenação, entre a patologia e a experiência, essas narrativas misturam a linguagem clínica à linguagem política” (FASSIN, 2008, p. 544). Logo, esse testemunho vai além do evento em si contado pelos refugiados. O que surge muitas vezes nos relatos de psicólogos e psiquiatras que recontam essas histórias é o registro da violência no sentido político, muito mais do que o sofrimento no sentido clínico. Existe, portanto, uma nova governabilidade dos corpos, uma nova forma de produção de verdade, num tempo em que predomina a

suspeita (FASSIN; D'HALLUIN, 2005). Assim, a confissão, o testemunho e o laudo médico se constituem como tecnologias de produção de verdade que serão fundamentais para legitimar a fala daquele que solicita ajuda, mas não serão suficientes, necessitando das marcas no corpo.

De acordo com Fassin (2003), nas situações de violência nas quais as marcas no corpo não são sempre visíveis, o corpo imaterial adquire legitimidade cada vez maior e abre espaço para um novo discurso de verdade representado pelos *saberes psi*. Para ele, o aumento da legitimidade dos corpos, não só físico, mas psíquico, dá-se a partir das categorias psiquiátricas do traumatismo e do sofrimento psíquico. A categoria do trauma se torna necessária dentro desse contexto, pois guiará profissionais para a busca de sinais e sintomas que comprovem a marca da violência no corpo imaterial.

Talvez por isso eu tenha sido chamada como perita no caso de Maria. Na história de Maria, não há dúvida sobre o crime; a prova objetiva está no corpo grávido e na confissão do tio da menina na delegacia. As perguntas colocadas pela Defensoria Pública, portanto, não estão relacionadas à evidência da experiência — ou seja, se a violência ocorreu ou não —, mas à vontade da menina e seu preparo emocional para a realização do aborto. A linguagem usada pelos defensores é a linguagem do trauma. Eles perguntam “o que seria mais traumático, ter o filho ou abortar?”. Nesse sentido, o papel do especialista, principalmente dos *psi*, torna-se fundamental, pois é ele o legitimado para atestar ou não a possibilidade do “trauma”. Mais do que a confissão, mais do que o relato da experiência, mais do que a vivência do sobrevivente, é o testemunho do *testis* que é solicitado para legitimar a voz da vítima como um discurso de verdade.

Fassin e Richard Rechtman (2009) referem-se ao trauma como uma criação, ou seja, ele não está inscrito na natureza humana e não é dado definitivamente. O trauma tem uma constituição histórica e uma natureza flutuante, que é negociada a partir de diferentes contextos. Nesse sentido, trauma é não só uma descrição clínica de um estado psicológico, mas também uma expressão política de um estado do mundo. Para eles, há, atualmente, certa naturalização do trauma, certo pressuposto de que ele é dado e naturalmente associado a determinadas vivências humanas. A

psicologia e a psiquiatria tiveram grande contribuição, por exemplo, para a construção de uma linguagem para expressar a violência em termos de trauma.

À semelhança da conduta dos profissionais médicos franceses descrita por Fassin e D'Halluin (2005), nos serviços do aborto legal no Brasil, também se observa que a engenharia da suspeição torna ambígua a fronteira entre o profissional de saúde e o perito. Os poderes se confundem e, além da oferta de cuidado, esses profissionais por vezes são demandados a assumir um papel de investigador. A investigação e o testemunho sobre a veracidade da fala da mulher são o que dará direito ao aborto previsto em lei. Nessa linguagem, a violência sexual vivida por uma mulher seria naturalmente traumática. Os discursos da psiquiatria e da psicologia assumiram um poder de discursos de verdade, produzindo uma forma particular de subjetivação nos indivíduos ao criar uma subjetividade da vítima (FASSIN; RECHTMAN, 2009).

Dessa forma, para haver trauma, deve haver uma vítima com uma subjetividade que a caracterize como tal. E, para que haja violência, deve haver trauma. Haveria uma espécie de estatuto que legitimaria a violência a partir da categoria trauma. Nos casos do serviço do aborto legal, em que o aborto só pode ser concedido a mulheres que foram estupradas, essa categoria seria a forma de legitimar o acesso a um direito, criando-se assim um estatuto da violência legítima para a garantia de direitos.

Mas a voz da mulher não é suficiente para a garantia de direitos. É preciso que um testemunho legitimado a represente. No caso do programa do aborto legal, as mulheres que viveram a violência seriam o testemunho *supertestis* e os profissionais que as atendem seriam o *testis*. Fassin e Rechtman (2009), Das (2007) e Butler (2010) descrevem a violência como algo indizível, inumano, não pronunciável. Nem sempre é possível expressar a dor de quem vive uma violência sexual. Diante disso, não haveria como o *supertestis* testemunhar. O sobrevivente sempre terá o limite do testemunho porque não experienciou a morte e a dor da verdadeira vítima. Ele não pode falar a verdade de quem morreu e de quem vivenciou a violência no seu extremo. Além disso, seu testemunho está sempre sob suspeita, porque a violência é algo que escaparia à linguagem. No programa do aborto legal, há a necessidade de alguém que testemunhe, que fale pelas mulheres,

pois a palavra dessas mulheres não é garantia de que a violência ocorreu. Elas precisam se comportar como vítima e como mulher traumatizada, e quem virá legitimar a violência é o profissional de saúde — na maioria das vezes, a psicóloga e a assistente social.

Para Fassin e Rechtman (2009), esse registro no qual se inscreve o testemunho *testis* tem compreensivelmente sua legitimidade baseada na compaixão e numa moral imperativa para a criação de uma subjetividade da vítima. A política da compaixão possibilita que tais fenômenos sejam vistos como trauma, portanto, o testemunho é baseado na emoção, mais do que na razão. Um profissional de um dos serviços relata: “a gente vê a história e vai atrás do sentimento da mulher, a gente fica na ferida, aí a gente vai percebendo as sutilezas, as entrelinhas”. Essa é a linguagem do trauma, a partir da qual se buscam sinais que possam atestar se a mulher viveu ou não um estupro. Mas a busca por uma subjetividade específica da vítima por meio da linguagem do trauma poderá falar mais daquele que interpela do que daquela que viveu a experiência. É sobre o entendimento do profissional do que seja trauma o que se estará avaliando, e não sobre a experiência da mulher de violência. Assim, profissionais especialistas testemunharão em nome das mulheres para atestar sua verdade.

Minha voz de *testis*, no caso de Maria, estava sendo buscada para falar pela menina. Entretanto, ao me reconhecerem como especialista, estão reconhecendo, também, a ilegitimidade de a família falar por si. A minha voz representa o não reconhecimento da voz da outra. Ouvir a família e dar minha voz a ela é entrar numa engrenagem na qual se compreende que a família é incapacitada de oferecer seu próprio testemunho. Não cabe aqui desvalorizar o papel do especialista, mas discutir suas implicações. Vale lembrar que, para Agamben (2008), o testemunho do *testis* é dado sempre a partir de algo que ele não viveu e não experienciou e, muitas vezes, seu testemunho fala muito mais de si do que da vítima. Assim, perguntei-me o que esse caso falava de mim. E me dei conta de que estava preparada para ouvir histórias que já esperava ouvir. Sim, existe algo que se repete na minha escuta. Seria como se a família estivesse dizendo exatamente aquilo que eu me preparei para ouvir. Fica mais fácil testemunhar quando as famílias falam de sua dor, choram, contam uma história coerente com a violência que viveram. Era isso que eu esperava ouvir.

Dessa forma, há um paradoxo duplo no testemunho *testis*. De um lado, refere-se menos a uma experiência clínica de trauma do que ao entendimento comum do que seja sofrimento. De outro, expressa mais do sentimento moral da testemunha do que da experiência das vítimas. Mais do que uma ferramenta clínica, o trauma é usado como um instrumento na produção de testemunhos para o acesso a um direito. Entretanto, o fato de uma mulher ter vivido violência sexual não significa necessariamente que ela se encaixe dentro do que se espera que seja um sujeito traumatizado. Mulheres podem viver violência e não ter uma subjetividade esperada da vítima e, por isso, ter um direito negado.

Tem-se, portanto, uma espécie de estatuto da violência legítima para a garantia de direitos. Não basta ter sofrido uma violência. É preciso ser traumatizado para ter reconhecido o estatuto de uma vítima, legitimada por um reclame de violência. Quais são os testes de verdade para essa passagem entre categorias, de um sujeito sofredor a uma vítima e um sujeito traumatizado capaz de ter acesso a um direito? O direito ao aborto legal só é concedido a mulheres que foram estupradas, mas o simples testemunho da mulher não é suficiente para que ela tenha o direito reconhecido.⁹ O desafio consiste em conhecer quem fala e tem a experiência da violência e quem sustenta o discurso autorizado, crível e legítimo.

No caso de Maria, o testemunho da sobrevivente foi dado pelo corpo que gestava e pela confissão do tio na delegacia; sua gravidez indicava que algo ocorrera ali. Após a evidência da gravidez, a menina pôde falar sobre sua vivência de violência. E por que conseguia falar de uma violência tão brutal? Talvez, o tempo tenha permitido que sua história fosse recontada e significada. Talvez, porque já tivesse passado por inúmeros profissionais que a escutaram até que chegasse a mim e que, pouco a pouco, a prepararam para falar. Como se constrói essa engrenagem? Talvez se construa com as próprias perguntas que fazemos. Constrói-se pela interpelação: “onde foi? Como foi? Ele te ameaçou? Ele te prendeu? Ele te machucou? Foi difícil? Por que você não contou para ninguém? Já tinha ocorrido outras vezes?”.

⁹ De acordo com a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, do Ministério da Saúde, a palavra da mulher já seria suficiente para que o abortamento fosse realizado.

É interessante notar como as perguntas podem construir o discurso da vítima. Elas podem mostrar o que precisamos ouvir. O relato a seguir foi de um profissional que estava atendendo uma menina de 10 anos grávida do pai: “você tem que perguntar ‘onde o papai mexeu?’, ‘foi aqui?’, ‘o que o papai fez?’”. Aí ela abaixou o rostinho e começou a chorar”. A menina permaneceu em silêncio e seu silêncio animou a realização de mais perguntas sobre aquilo que a criança não conseguia dizer, mas que a profissional precisava saber. É dessa forma que se buscam as respostas no silêncio da vítima. É a partir dos silêncios e balbucios que a história vai sendo constituída. As mulheres e meninas passam a contar uma história a partir das interpelações feitas a elas. Nasce uma arte da linguagem cuja tarefa é fazer aparecer o que não aparece — o que não pode ou não deve aparecer.

E, após tantas interpelações dos profissionais, a vítima já não precisará de novas perguntas; falará sozinha e terá construído seu discurso. Tal discurso é a linguagem falada pelas equipes de saúde e é por onde a vítima sabe que será reconhecida. Cria-se uma comunicação em que o que procura assistência sabe o que dizer para ser escutado. Maria e a mãe apresentavam a típica subjetivação da vítima: contaram uma história coerente, choraram e se emocionaram, e a garota apresentava sinais de “trauma”. Elas se comportaram da forma como se esperava delas. O discurso já estava construído e pronto. Elas estavam preparadas para falar.

Não cabe discorrer aqui sobre as respostas dadas aos defensores públicos, tampouco mostrar o laudo realizado. As perguntas dos defensores foram trazidas aqui para que se possa refletir sobre o poder do testemunho *testis* na construção e legitimação de verdades, também sobre como as perguntas, sejam as dos profissionais de saúde, sejam as dos defensores, podem construir subjetividades. Mas o contexto de suspeição no qual se estruturam os serviços exigirá que outras táticas de construção de verdade sejam instauradas. Para que o testemunho *testis* possa ser dado, os profissionais de saúde precisarão investigar, periciar não só o acontecimento da violência, mas também o corpo da mulher em busca de um direito.

4.2 DA CLÍNICA DA ASSISTÊNCIA À CLÍNICA DA PERÍCIA

“Você está mentindo” foi a acusação proferida por um médico a uma adolescente de 15 anos que estava internada para realizar o aborto legal. A psicóloga de um dos serviços nos conta a situação: “foi de uma forma bem grosseira, chocante... muito agressiva e desnecessária... essa menina saiu do atendimento, fugiu. Entrei em contato com ela, tentei chamar para ela voltar... ela não voltou nunca mais”. A adolescente estava internada para realizar o procedimento, já havia preenchido e assinado todos termos, passado por exames e consultas com a equipe técnica, mas para o médico plantonista isso ainda não seria suficiente. A menina estava mentindo, segundo ele, o que motivou a recusa para a realização do aborto. O regime de suspeição à narrativa da mulher sobre o estupro é prática comum nos serviços de aborto legal no Brasil. Esse resultado foi publicado previamente em Diniz *et al.* (2014): dos cinco serviços estudados, em pelo menos quatro essas práticas estavam presentes. Mesmo que existam fissuras entre os profissionais com estranhamento e condenação de tais práticas, elas ainda ocorrem, em alguns serviços com mais força do que em outros.

A suspeição anima as equipes de saúde a adotarem práticas periciais para investigar a verdade da mulher. Quando há dúvida, ampliam-se os testes de verdade, de tal forma que o preenchimento e assinaturas dos termos previstos pela Portaria nº 1508 e pela Norma Técnica de 2012, bem como exames e consultas, não são suficientes. A mulher permanecerá num estado de suspeição ininterrupto, sendo interpelada e avaliada de forma constante pelo serviço. A vigilância permanece sobre a mulher por alguém que exerce sobre ela um poder e, enquanto exercer esse poder, haverá a possibilidade não só de vigiar, mas de constituir sobre ela um saber, uma verdade. Mesmo quando internada e já tendo passado por vários testes de verdade, ainda aparecerão outros.

Há várias formas de se produzir a verdade. Utilizo o *inquérito*, o *exame* e a *confissão*, conforme pensado por Foucault (2012a), para refletir sobre como as táticas periciais estão presentes no cotidiano dos serviços de aborto legal. Por meio dessas táticas, profissionais de saúde reconstituirão a verdade da mulher para que

ela possa ou não ter acesso ao aborto previsto em lei. Pelo inquérito, o poder interpela um indivíduo no intuito de saber sobre algo que ele não sabe e que não viveu, refere Foucault (2012a). Nas situações de violência sexual a mulher é, na maioria das vezes, a única testemunha — há de se pesquisar a verdade por meio do corpo, seja ele material ou imaterial. Para tanto, os saberes e poderes vão “formular questões e extorquir respostas, colher testemunhos, controlar afirmações, estabelecer fatos” (FOUCAULT, 2012b, p. 4). Nesse sentido, o inquérito é uma forma de gestão, de exercício do poder que visa autenticar a verdade a partir da constatação ou de restituição de situações, contextos, narrativas (FOUCAULT, 2012b; 2012a).

Nos serviços de aborto legal, a prática inquisitorial se expressa como forma de constituir a verdade da mulher a partir do estabelecimento do que ocorreu, quem cometeu o crime e sob quais circunstâncias. Na perícia do acontecimento tem-se o objetivo de reconstituir a cena e de verificar a veracidade da gravidez por estupro. Para tanto, haverá avaliação do corpo físico com realização de exames de laboratório, ecografias, verificação de datas (data da última menstruação e data do estupro), além de avaliação do relato da mulher. Uma profissional resume o processo:

Primeiro ela vai relatar como foi que houve. A partir disso, a gente confere os exames para verificar as datas e se realmente tem essa gravidez ou não, então vemos se o período é compatível ou não (período da gestação com a data da violência). Além desse relato dela, ela tem que assinar um termo de consentimento livre e esclarecido e outros documentos. E aí esse pedido vai ser submetido à equipe.

Não será qualquer relato o exigido pela engrenagem dos serviços. A mulher precisa narrar a sua história para alguém legitimado, no caso, os profissionais de saúde, que serão os responsáveis por autenticar a sua verdade. A esse processo de narrar para um outro legitimado, Foucault (1977) chama de confissão. A confissão nos serviços de aborto legal é o momento de a mulher dizer a verdade sobre si mesma como procedimento indispensável para o acesso a um direito. Quer-se das mulheres uma confissão cheia de minúcias, que coincida com o que se espera de uma mulher que viveu violência sexual. Esperam-se detalhes do agressor, de suas vestes, assim como horário e local do crime. Espera-se que a mulher apresente

sinais de trauma com uma subjetividade específica de quem viveu uma violência sexual. A resposta vem arrastada, doída, quase a conta-gotas, dando muitas vezes às perguntas respostas curtas e incertas. Cabe ao inquisidor avaliar se houve ou não verdade, se houve ou não omissão. Ou seja, os profissionais de saúde, como autoridades legitimadas, deverão atestar a veracidade do acontecimento. Trata-se de reatualizar um acontecimento passado por meio de testemunhos apresentados por pessoas que, por uma ou outra razão, são tidas como capazes de saber. Esse modelo judiciário do inquérito assenta-se sobre todo um sistema de poder, e é esse sistema que irá definir “o que deve ser constituído como saber, como de quem e por quem ele é extraído, de que maneira ele se desloca e se transmite, em qual ponto ele se acumula e origina um julgamento ou uma decisão” (FOUCAULT, 2012b, p. 4).

Nos serviços de aborto legal no Brasil, o que se irá periciar não é só o acontecimento do estupro e sua decorrente gravidez, mas também aspectos da subjetividade da mulher, seu corpo, pensamentos, vontades e forma de estar no mundo. A esse tipo de tecnologia de saber-poder Foucault chama de exame. No exame, não se trata mais de constituir o acontecimento, mas de determinar se a mulher se conduz ou não como deve, conforme ou não a regra. O exame se dá pela busca de sinais que possam indicar que a mulher não está mentindo. Como não há flagrante na cena do crime, buscam-se provas que possam levar ao conhecimento de algo que continua oculto. Essa busca é incessante e não se restringe aos protocolos, termos e imagens produzidos pelos saberes e poderes médicos e psicossociais. A mulher que procura o serviço de aborto legal estará em permanente vigilância. Talvez por isso, a adolescente de 15 anos tenha sido chamada de “mentirosa”.

Mesmo tendo passado por todos os testes de verdade, em algum momento, o poder vigilante suspeitou e ela teve o procedimento do aborto negado. O exame é uma tecnologia de produção de verdade que se constrói a partir da vigilância permanente, sendo organizado em torno da norma pelo controle dos corpos ao longo de sua existência (FOUCAULT, 2012a, p. 123). Sendo assim, o exame estará presente no cotidiano da mulher e atuará não só na vigilância, mas também no controle e correção do procedimento. A mulher poderá ser interpelada a qualquer momento, mesmo já tendo preenchido todos os requisitos formais e legais para a

autorização do aborto. Uma nova dúvida, uma nova desconfiança poderá animar novas provas de verdade de tal forma a corrigir o que antes se dava por certo.

Um profissional nos dá pistas de como essa engrenagem funciona. Ele relatou o caso de uma mulher que, após ter realizado o procedimento do aborto, saiu rindo da sala dizendo: “olha, deu tudo certo”. A profissional desconfiou: “Uma pessoa que passa por uma situação dessa está, no mínimo, deprimida, debilitada, aí sai assim...”. O procedimento já havia sido realizado, mas a profissional ficou incomodada com o comportamento da mulher. Ela estaria sorridente demais e não estava se comportando como uma verdadeira vítima. Para ela, a mulher mentiu para realizar o procedimento. A suspeição à palavra da mulher fará com que os serviços atuem em permanente vigilância dos corpos. Mesmo a mulher tendo passado por todos os testes de verdade e inclusive já tendo realizado o procedimento do aborto, ela ainda estará sob vigilância.

O regime de suspeição anima as práticas periciais. Há pelo menos dois tipos de perícia: a *perícia do acontecimento* — ‘quem fez o quê?’, ‘quem viu e pode dar o testemunho?’, ‘quais são os indícios?’, ‘quais são as provas?’, ‘houve confissão?’, ‘há nexos causais entre a violência e a gravidez?’ — e a *perícia do corpo*, na qual a subjetividade da mulher será o foco. Busca-se reconstituir os pensamentos, imagens, desejos, relações: ‘ela quis?’, ‘ela provocou?’, ‘ela sentiu prazer?’, ‘era o namorado ou o marido?’, ‘ela está sofrendo?’, ‘ela está mentindo?’. Aqui se exigirá que ela se comporte como uma verdadeira vítima para que possa ter acesso ao aborto previsto em lei. Pelo exame do corpo se investigará, ainda, sobre a real vontade da mulher de abortar ou não e se ela estaria preparada para a realização do procedimento. Tais perguntas foram concretamente realizadas pelos peritos no caso de Maria: “seria possível apontar qual seria a vontade de Maria? Estaria ela preparada para a realização do aborto? O que seria melhor para ela, ter ou não o filho?” E a decisão final estará a cargo dos profissionais de saúde.

4.3 DO PERCURSO: ENTRE A CHEGADA E SAÍDA

Maria é uma menina que teve seu corpo brutalmente violado. Foi no banheiro de um hospital que, entre murmúrios, gestos e silêncios, contou à mãe pela primeira vez sobre a violência vivida. A médica que a estava atendendo, já desconfiada de uma possível gravidez, solicitou à menina um exame de urina. Maria chamou a mãe ao banheiro para ajudá-la na coleta do material e antecipou a verdade da gravidez que o exame logo iria mostrar. A mãe ouviu o que talvez já desconfiasse, mas que era insuportável saber. A partir de então, foram muitos os encontros com os saberes e poderes na busca por direitos. A cada encontro, nova narrativa sobre a história da violência, muitas interpelações e sofrimento. A chegada ao serviço de aborto legal se deu após duas semanas. Sobre esse percurso uma profissional relata: “elas já chegam desgastadas, cansadas, sabe? Tem criança que deita na cadeirinha, que dorme. Já contou a história várias vezes, é um serviço que é demorado, ela passa por vários locais”.

Outra profissional relata uma espécie de peregrinação vivida pela mulher em busca do acesso a um direito: “ela é estuprada, depois é violentada na delegacia, no IML e até nos serviços de saúde”. A mulher terá de narrar sua história para médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras e, em algumas situações, para escrivães de polícia, delegados, promotores e juízes. A engrenagem dos serviços não oferece uma escuta qualquer — é uma escuta que vai avaliar, julgar, investigar. Porque é isso que se exige dela. A mulher terá de falar de sua dor para ser periciada.

Além de a mulher precisar mostrar que foi vítima de uma violência sexual e que engravidou dessa violência, é preciso que haja uma equipe de saúde disposta a realizar o procedimento. Ser aprovada em todos os testes de verdade ainda não garante que a mulher tenha acesso ao aborto legal. Na voz de um profissional de saúde, fica expressa a dificuldade:

Então elas são internadas, feita toda aquela investigação de ver a data, a idade gestacional se batendo, tudo certo, tem o problema mesmo do plantonista, porque você fala: ‘tem isso aqui para fazer, é legal, ela está pedindo’ e então fica passando a bola para frente e, quando o plantonista não quer fazer, passa para o próximo e para o outro e assim vai.

Situações como essas foram descritas em quatro dos cinco serviços estudados. Tais serviços não têm uma equipe fixa para realização do aborto legal e contam com o apoio de uma equipe volante dos plantões. Por vezes, o plantonista realiza o procedimento sem questionar, por outras, interpela novamente a mulher sobre a história da violência, sobre as datas e exames. Novas provas, novo julgamento, nova sentença. A dificuldade se expressa em várias esferas, desde a recusa sob a alegação de objeção de consciência até “enrolar com o caso”, no sentido de dificultar o procedimento, como descreve um profissional: “você vê a demora para responder o parecer, ou para dar continuidade no caso ou para encaminhar para alguém que faça”. Outro profissional relata o caso de uma mulher que, após ter passado por todos os testes de verdade, preenchido todos os formulários e termos, foi internada para fazer o procedimento: “ela ficou uns cinco dias internada, um profissional colocava a medicação, aí um outro, no próximo plantão, não dava seguimento”.

A permanência da mulher no hospital à espera de um profissional que a atenda no seu direito ao aborto já é, por si só, uma violência. Grande parte dos serviços de aborto legal não oferece leitos específicos para a realização do procedimento do aborto, o que obriga a mulher a ficar internada na maternidade, dividindo o espaço com outras mulheres que estão parindo ou estão recém-paridas (MADEIRO; DINIZ, 2015). Convivem com choros de bebês e com as mães no processo de amamentação. Além disso, a extensão do tempo de internação desafia as mulheres que desejam interromper a gestação a ter de contar por que estão ali. Elas não são somente interpeladas por suas colegas de quarto, mas também por seus colegas de trabalho e por pessoas de sua família.

A dificuldade não se resume a reconhecer o acontecimento como crime ou a mulher como vítima. Em algumas situações, não há dúvida sobre a gravidez ter sido em decorrência do estupro. Assim foi o caso de Maria, que teve seu corpo grávido com 11 anos. Assim, também, foi o caso de uma adolescente de 13 anos que engravidou de uma violência sofrida no banheiro da escola. O aborto foi aprovado pela equipe de saúde, descreve o profissional. Não havia dúvida sobre o crime: a menina estava grávida e tinha menos de 14 anos, o que, de acordo com o Código Penal, art. 217-A, já se configuraria como estupro de vulnerável. A dificuldade foi que não havia

ninguém do hospital para realizar o aborto. O plantonista se recusou. E a espera foi de uma semana até que alguém assumisse fazer.

A falta de médicos nos serviços reflete uma realidade mais ampla sobre a crise da saúde no Brasil, e o aborto legal não é considerado prioridade. A mulher não “está com risco de morte”, dizem alguns, e, portanto, não há necessidade que seu atendimento seja priorizado. Por isso, elas podem esperar. Mas as barreiras enfrentadas por essas mulheres são, também, de outra ordem. É a moral hegemônica sobre o aborto no Brasil que muitas vezes fundam essas práticas. Um profissional refere: “muitas vezes é má vontade, é um medo de mexer com esse tema, com valores”. Ele dá um exemplo que ouviu de um colega: “a mulher vai para o motel, chega lá e diz que não quer, puxa, ela iria querer fazer o que no motel?”. “Há um julgamento”, reflete ele, e “uma certa raiva dessa mulher no sentido de pensar que ela provocou”.

Quando isso acontece, o profissional “não se sente à vontade para fazer o aborto porque no fundo ele acredita que não houve uma violência”. Movidos por essa economia moral, mulheres e adolescentes e equipes de saúde são vistos com suspeição e interpelados sobre o estatuto de suas práticas. São comuns perguntas do tipo: “como vocês sabem se a mulher está mesmo falando a verdade?”. Principalmente por pessoas que fazem parte de outros setores do hospital. Um profissional relata a dificuldade: “falam que a gente está acobertando, como se a mulher estivesse inventando, como se a gente estivesse sendo conivente”. Há uma sobreposição de regimes de suspeição em curso — das equipes às mulheres, do *ethos* sobre o aborto no Brasil às equipes.

Mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados pela moral hegemônica do aborto como um ato violador. Tânia Mara Almeida e Lourdes Bandeira (2013) falam sobre a complexa relação entre política, religião, direitos reprodutivos e sexualidade no Brasil. As autoras discutem como a manutenção da condenação do aborto pelas igrejas é, por exemplo, um campo de culpabilização moral das mulheres sobre suas decisões individuais. Mulheres são culpabilizadas e profissionais de saúde têm medo de serem vistos como imorais, aborteiros, criminosos e de acharem que estão sendo enganados. E esse medo atualiza ainda mais a necessidade de exames e testes para provar a verdade do

estupro. A partir do momento em que o exame médico e psicossocial assume o lugar de dizer se é possível ser verdadeira a história do estupro contada pela mulher, ele passa a ter um valor de demonstração que permite fazer a demarcação entre crime e direito. Uma demarcação binarista e dicotômica entre verdade e mentira, assistência e perícia, terapêutica e punição. É necessário que se faça a escolha, porque a violência sexual torna o aborto isento de punição. Quando a violência sexual entra em cena, a criminalidade, nos termos da nossa lei penal, precisa desaparecer.

5 DAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA ÀS PRÁTICAS PERICIAIS: O DISCURSO DE UBU

Dia virá em que todo esse disparate estará apagado. O poder que se exercerá no nível da vida cotidiana não mais será o de um monarca, todo-poderoso, fonte de toda a justiça e objeto da não importa qual sedução [...]; ele será constituído de uma rede fina, diferenciada, contínua, na qual se alternam instituições diversas da justiça, da polícia, da medicina, da psiquiatria. E o discurso que se formará, então, não terá mais a antiga teatralidade artificial e inábil; ele se desenvolverá em uma linguagem que pretenderá ser a da observação e da neutralidade (FOUCALUT, 2003, p. 219).

O programa do aborto legal oferecido pelo SUS foi qualificado para enunciar a verdade sobre o estupro da mulher, ou seja, os profissionais de saúde que nele atuam possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos de verdade, para a realização do aborto nos casos previstos em lei. São esses profissionais os legitimados para dar a palavra final sobre a possibilidade ou não de a mulher realizar o aborto previsto em lei. Quando uma mulher consegue chegar a um serviço de aborto legal no Brasil, há um regime de suspeição em curso que anima a realização de táticas periciais para investigar a narrativa da mulher sobre o estupro. Para que tenha acesso ao direito de realizar o aborto, a mulher precisará se submeter a diversos testes de verdade, mesmo que, por vezes, tais testes sejam alheios a regras, normas e princípios característicos de um discurso científico.

São regras próprias dos serviços, criadas para fazer funcionar a engrenagem, na qual o poder se exerce sobre as mulheres e ao qual ela precisa se submeter para ter acesso a um direito. Foucault (2011) chama de *grotesco* e *ubuesco* o discurso que tem efeitos de poder e de verdade e que pressupõe cientificidade aos fatos sem, entretanto, estar ancorado nas regras do direito ou nos princípios da ciência. São enunciados que comportam presunções estatutárias de verdade, mas que, por estarem alheios às regras e normas que o caracterizariam como tal, acabam por desqualificar aquele que o pronuncia. O *ubuesco*, portanto, seria uma maneira de descrever o poder com o foco em sua puerilidade, sua indignidade e sua forma grotesca. Ubu burocrata pertence ao funcionamento da administração moderna, refere

Foucault (2011). É uma forma mecânica de poder essencial para a soberania arbitrária, assim como para a burocracia aplicada.

Na fala de um profissional fica expresso o caráter *ubuesco* da engrenagem do serviço: “Não é previsto por lei que ela tem que ter um boletim, mas no nosso serviço a gente sempre exige que elas façam, faz parte do nosso protocolo, mas acho que não é previsto”. O protocolo do serviço exige que as mulheres façam o boletim de ocorrência, mas não há previsão legal para isso. É uma regra própria. Ou seja, não haveria necessidade de uma mulher ir até a delegacia e contar sua história de violência para um policial para ter acesso a um direito. É um discurso com efeitos de poder e verdade para fazer funcionar uma engrenagem a partir de práticas *ubuescas*, porque são práticas desnecessárias, pueris, grotescas. Reconhecer uma engrenagem como *ubuesca* não significa desqualificá-la. O *ubuesco* traz o foco para o quanto é incontornável e inevitável o poder na produção de um discurso de verdade. Tal discurso de verdade, que por vezes faz rir, é o discurso que pode regular o acesso a um direito, no caso, o direito ao aborto legal.

Foucault (2011) diz haver um poder dentro da máquina administrativa que segue um curso muitas vezes incontrolado e ilógico, mas um curso que necessita ser seguido para que a engrenagem funcione. Nos serviços de aborto previsto em lei, há um curso que sobrecarrega as mulheres, porque, além de terem de apresentar documentos desnecessários, elas precisam contar sua história várias vezes, precisam passar por várias consultas, submeter-se a exames, preencher formulários e comportar-se de determinada maneira para que seja reconhecida como uma mulher que engravidou de uma violência sexual com direito ao aborto previsto em lei.

No discurso de Ubu, há uma série de dobramentos, de duplos sucessivos que garantem o funcionamento dessa engrenagem (FOUCAULT, 2011). Foucault descreve como dobramento *ubuesco* a associação entre duas situações ou fatos que não possuem necessariamente relação entre si, mas que passam a ser ligados de tal forma a um servir como explicação para o outro. A avaliação médica e psicossocial realizada pelas equipes de saúde do aborto legal, por exemplo, permite que a história sobre o estupro contada pela mulher seja dobrada com uma série de outras coisas que não têm propriamente relação com a violência vivida. Nos laudos se descreve o modo de vida da mulher, seus costumes, sua história. Assim, o comportamento da

mulher ou sua vestimenta passam a ser considerados importantes no reconhecimento de uma verdadeira vítima de estupro. O dobramento serviria para associar a maneira de ser da mulher à sua história de violência, na tentativa de encontrar resquícios e murmúrios que justifiquem a realização do aborto legal. Ou seja, a mulher deverá ser caracterizada como uma verdadeira vítima de estupro, e não como uma mulher ‘mentirosa’ que deseja realizar um aborto ilegal.

A pressuposição de que a mulher não se parece com a verdadeira vítima atualiza as táticas periciais, e os serviços de aborto legal acabam por criar formas próprias de avaliar as histórias das mulheres. A fala a seguir é de um profissional de um desses serviços sobre uma mulher que mora na rua: “quando ela veio com a queixa de estupro, eu já olhei para o assistente social e falei – ó, não foi estupro, não, com certeza aí foi troca da droga pelo corpo. Aí a gente constata que ela está se contradizendo e aí ela não é atendida (para o aborto legal)”. A avaliação da profissional foi rápida: não havia sido estupro, e sim troca do corpo pela droga. Com o julgamento, a sentença é dada — não poderia fazer o aborto. Não importou a vontade da mulher nem seu relato de violência. Segundo a avaliação da profissional, havia contradições na sua fala, e o fato de ser usuária de drogas e estar na rua indicariam que não houve violência — a mulher teria vendido seu corpo em busca da droga, teria sido um ato consensual, não um estupro. É essa a verdade construída a partir do relato da profissional. Não houve estupro e a mulher precisará seguir com a gestação.

A engrenagem funciona no sentido de buscar algo no comportamento da mulher, alguma confusão, discordância, associação entre o que a mulher é e o ato da violência. Essas associações acabam por deslocar a atenção do relato sobre estupro para outras condutas da mulher, que não infringem a lei, porque nenhuma lei impede a mulher de ficar na rua, usar roupas curtas, ou ter vários parceiros. São qualificações morais, conforme Foucault, e são também regras éticas. Por meio desses exames, muitas vezes, o que se reconstitui não é propriamente a história de violência da mulher, mas a série de comportamentos, de atitudes que são consideradas moralmente um defeito, sem ser patologicamente doença nem se constituir como infração legal propriamente dita. Um profissional pontua: “Tem casos que a gente já descarta, ela teve violência, mas já era uma mulher sexualmente ativa”. Nesse relato, há um dobramento entre o fato de a mulher ser sexualmente ativa e o fato de não ter

havido estupro. É uma associação ubuesca, porque é pueril, construída a partir de uma avaliação moral. Se a mulher era sexualmente ativa, então, não se considera o ato sexual como um estupro.

O exame psicológico e social permite constituir um duplo psicológico-ético do testemunho da mulher e faz aparecer, por trás da história contada por ela, o seu duplo para avaliar uma possível irregularidade em relação a algumas regras que podem ser religiosas, morais e psicológicas. Num outro relato, o profissional afirma: “a gente duvidava dela (adolescente) e da mãe, a idade gestacional era compatível, mas o comportamento dela não era”. Ou seja, havia umnexo causal entre a idade gestacional e a data da violência, mas isso não seria suficiente. A adolescente deveria apresentar, também, um comportamento característico de uma verdadeira vítima. No relato a seguir o profissional dá algumas pistas de como deve ou não se comportar uma vítima de estupro:

Ela não está com a cara de quem foi estuprada, porque está rindo, porque existe aquela violência que a mulher chega deprimida, que chega chorando muito e você bate o olho e percebe que realmente a pessoa está sofrendo, está abalada. Chegam outras sorrindo, comendo e tranquila e não está nem aí. Essa está com cara de quem saiu para a balada e a mãe ficou preocupada e veio parar aqui.

A verdadeira vítima deve chorar e estar deprimida, deve estar abalada e não pode sorrir, nem se alimentar. Valeska Zanello e Ana Carolina Romero (2012) apresentam em sua pesquisa alguns dos valores ideais relacionados às mulheres em nossa cultura e apontam que haveria uma moralização do corpo feminino e de seu comportamento sexual. O contexto dos serviços corrobora com a análise das autoras: a mulher não pode ter ido a uma festa, nem ter se divertido na noite do fato. É essa mulher que chora ou sorri na hora certa, que demonstra sofrimento e uma subjetividade específica de quem foi estuprada, é essa mulher que será avaliada, e não somente seu testemunho sobre a sua história. É um tipo de relação que se estabelece entre o poder, o discurso e o cotidiano (Foucault, 2012a). O cotidiano das

mulheres é exigido a partir da interpelação feita nos serviços: “quem é ela? É sexualmente ativa? Onde estava, como estava, com quem estava? O que pensa?”.

A suspeição à palavra da mulher atualiza as práticas investigativas. Trata-se de buscar indícios que comprovem que a mulher não está mentindo sobre sua história para que não haja risco de o serviço realizar um aborto que seja ilegal. O essencial do exame psicossocial é legitimar, na forma de conhecimento científico, a extensão do poder de julgar e avaliar outras coisas que vão além da palavra da mulher sobre sua violência. Outro profissional diz: “Ah, eu não acreditei muito que foi violentada, não está com cara de quem realmente foi abusada, ela deu porque quis”. As impressões da profissional assumem um caráter científico e soberano para anunciar a verdade da mulher. “Ela não está com cara de quem foi realmente abusada”, portanto, ela não tem direito ao aborto previsto em lei. Esse discurso, de certa forma infantil, como refere Foucault (2011), acaba por desqualificar a cientificidade da prática profissional. É um discurso calcado na moralidade em que profissionais assumem o poder para negar um direito.

Numa outra situação, um profissional conta o caso de uma menina de 11 anos grávida que teve a interrupção da gestação negada por médicos de dois plantões seguidos sob a alegação de que “ela não foi agredida no ato sexual, então não era estupro. O pessoal se recusou a fazer porque achou que ela gostou, a menina era safadinha. Ela quis mesmo, então ela não teria o direito, ou porque na verdade ela gostou”. O fato de não ter sido agredida fisicamente ou de não ter reagido ao ato violento serviu como um princípio explicativo para considerar a menina “safadinha” e para não a considerar como uma verdadeira vítima. Tal pensamento grotesco foi utilizado como justificativa pelo serviço para negar o direito ao aborto à menina. Para o profissional, ela ‘gostou’ do ato violento, portanto não teria sido um estupro. E, portanto, não terá reconhecido seu direito ao aborto.

O que é levantado no exame são elementos biográficos que não seriam propriamente princípios explicativos da verdade da mulher, mas, como diz Foucault (2011), seriam espécies de reduções anunciadoras de algo no comportamento da mulher que pudesse indicar a veracidade ou não de sua história. Assim, detalhes de sua biografia passam a ser associados ao ato violento de tal forma a explicá-lo ou justificá-lo. Seria como se se buscasse algo na história das mulheres que as

caracterizasse como uma mulher vítima ou como uma mulher mentirosa e o que os profissionais irão avaliar não será somente a palavra da mulher, mas o seu duplo psicológico e moral.

Todo esse campo de noções permite colocar os saberes biopsicossociais para funcionar no campo do poder pericial. Os saberes biopsicossociais, representados pelos profissionais de saúde, dublam-se com o saber de juiz se constituindo como a figura soberana que irá avaliar a verdade do estupro da mulher. Serão profissionais juízes. E o ofício de curar e investigar veem-se confundidos. A fala de um profissional que negou a realização da interrupção da gestação a uma mulher deixa claro o dobramento entre médico e juiz. Após a mulher ter se submetido a todos os testes de verificação exigidos pelo serviço, o médico conclui: “ela foi violentada, mas a gestação dela não é fruto da violência que ela sofreu”. Ele dá o veredicto, a sentença. Nesse caso, mesmo diante da palavra da mulher, o aborto não foi realizado.

A sentença consiste na enunciação, por parte da equipe de saúde, de que a mulher, tendo seu corpo periciado e tendo sido constatada a verdade a partir dele, tem direito ao aborto previsto em lei. Os profissionais de saúde são as autoridades legitimadas para fazer funcionar a engrenagem. São eles os que produzem as provas, os que julgam e proferem a sentença. Eles, ainda, intervêm como testemunhas da regularidade do procedimento, no sentido de garantir que tudo seguiu conforme deveria ter seguido: “os formulários foram preenchidos? Os termos foram assinados? As consultas foram realizadas? As datas conferem?”. São discursos que têm no limite uma decisão sobre o destino de uma mulher. De onde lhes vem esse poder? Os discursos funcionam numa instituição de saúde e possuem estatutos de discursos de verdade e discursos científicos, formulados exclusivamente por profissionais qualificados para tal.

Foucault (2011) afirma que certas provas têm efeitos de poder, valores demonstrativos maiores que outros a depender de quem as produz. Ele dá exemplos de depoimentos de policiais, que na Justiça francesa têm um valor diferenciado e gozam de privilégio diante de outros depoimentos. Os relatórios médicos e psicossociais também gozariam de certo privilégio por pronunciar um estatuto de cientificidade ao discurso. São enunciados privilegiados que comportam presunções estatutárias de verdade, presunções que lhe são inerentes, salienta Foucault (2011),

em função dos que a enunciam. Nos serviços de aborto legal, especialistas formulam enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros e a partir do qual se possibilitará ou não o acesso da mulher a um direito.

Para a enunciação da sentença, há no mínimo três dobramentos de poderes e saberes: o policial, representado pelo inquérito, no qual irá se ouvir o testemunho, arguir, investigar, reunir provas; o poder de juiz, que irá apreciar os elementos para se pronunciar, julgar e dar a sentença; e o poder médico psicossocial, que irá dar a assistência, realizar o procedimento, acolher, mas também, utilizando uma terminologia de Foucault (2011), será o 'diretor de consciência', aquele que irá avaliar não só o relato da mulher sobre a violência, mas seu duplo ético-moral.

O *diretor da consciência* é aquele que irá aconselhar, tutelar e fazer uma gestão contínua dos corpos e condutas (FOUCAULT, 2011). Ele atuará num campo de procedimentos da ordem da orientação e da correção. Serão os gestos, os sentidos, os prazeres, os pensamentos, os desejos da mulher o que estará em foco. Ele disporá do direito de exame da vida da mulher, a partir de um percurso meticuloso de avaliação de seu corpo. A fala a seguir é de uma profissional que atua num dos serviços: "Faça isso não, o seu bebê vai nascer, faça isso não, espere, se Deus mandou é porque quis assim". A mulher a quem essa fala foi dirigida já estava internada para realizar o aborto legal quando ouviu essa orientação de uma das profissionais do hospital que estava de plantão lhe dando assistência. Das cinco equipes estudadas, em quatro foram relatadas situações nas quais os profissionais tentavam persuadir a mulher a desistir do aborto, numa espécie de *direção de consciência*, movida por uma engrenagem sob a ótica de uma moral hegemônica sobre o aborto. As situações descritas se referiam a mulheres que já haviam decidido pelo aborto e que eram interpeladas no sentido de mudar de ideia. A mulher era persuadida a tomar a decisão a partir do que os representantes do saber-poder entendem como justo. As afirmações para convencer a mulher a mudar de decisão apareceram nos relatos dos profissionais no sentido de fazê-las desistir do aborto. Não foram descritas situações inversas, nas quais a mulher que quisesse levar a gestação adiante fosse convencida a abortar.

Ações como essas descrevem o quanto a engrenagem dos serviços é ubuesca, pois não estão calcadas nem nas políticas públicas de assistência às mulheres nem

na nossa lei penal. São espécies de imperativos morais que, por meio do exame, assumem o caráter de cientificidade para fazer funcionar os serviços. O caráter ubuesco não está ligado simplesmente à pessoa que o pronuncia, mas ao papel de ponte que o exame exerce, ou seja, na ligação entre o cuidado e a perícia, entre o médico e o juiz (FOUCAULT, 2011). Ele está ligado à função do exame — provar a verdade do estupro e atuar na vigilância e correção dos procedimentos. Mas “os profissionais só podem exercer o terrível poder que o pedem para exercer” (FOUCAULT, 2011, p. 31), que ao final é o de determinar, ou de participar em boa parte, da construção da verdade do estupro e, conseqüentemente, da realização ou não do aborto legal.

A linguagem do exame nos serviços de aborto legal possui os efeitos de poder para garantir que a instituição funcione a serviço de um poder normalizador, especialmente aplicado à sexualidade da mulher e à maneira de ser da mulher, um poder normalizador sob o marco do patriarcado. É o que aparece no hiato entre a lei penal e o direito da mulher ao aborto é o personagem do Ubu agindo a favor desse poder com sua dupla função entre cuidador e juiz, entre a assistência e a sentença.

DA CONCLUSÃO

Mulheres e meninas que engravidam de um estupro têm o direito de realizar o aborto legal pelo SUS. A Norma Técnica do Ministério da Saúde que regulamenta as ações dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de aborto legal do Brasil prevê que a palavra da mulher deve ser recebida pela equipe do programa com presunção de veracidade, ou seja, não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra dela (BRASIL, 2010). A norma prevê, ainda, que as práticas dos serviços não devem ser confundidas com as práticas da polícia ou da Justiça. Ao analisar as entrevistas de 82 profissionais de cinco equipes de saúde dos programas de aborto legal do Brasil, entretanto, identifiquei nos serviços um regime de suspeição à palavra da mulher, que faz com que os mesmos funcionem a partir de uma lógica pericial.

Havia uma outra verdade sobre o acesso de mulheres e meninas aos serviços de aborto legal no Brasil, uma verdade pouco falada, que, inspirada em Foucault (2012a), chamei de *história externa* da verdade: a verdade de que são inúmeras as barreiras que as mulheres precisam enfrentar para que possam realizar o aborto legal. Foi sobre as engrenagens dos serviços e sobre as dificuldades impostas às mulheres que procuram o aborto legal que este estudo se pautou. Não me propus a realizar análises estatísticas comparativas entre os serviços ou entre os profissionais, mas entender como o *corpus* do aborto legal se movimenta no Brasil.

Para que a mulher e menina tenham acesso ao aborto legal é necessário que elas contem sua história e deem um testemunho. Elas devem relatar que viveram violência sexual e que a gravidez resultou dessa violência. Na maioria das vezes, não há o flagrante na cena de estupro. A única testemunha é a própria mulher ou menina. O acesso à vivência das mulheres e meninas é complexo, e a ação dos profissionais dos serviços do aborto legal, por vezes, confunde-se com a de perito e de investigador à procura de provas para um crime. Tal política de suspeição acaba por gerar uma engrenagem na qual provas precisam ser buscadas para legitimar o discurso da mulher como um discurso de verdade. É pelo testemunho, pela confissão, pelo

inquérito e pelo exame que as mulheres serão interpeladas no intuito de provar a verdade sobre sua narrativa. O que será avaliado não se delimitará apenas ao acontecimento do estupro e à decorrente gravidez, mas a subjetividade da mulher, seu cotidiano e sua forma de estar no mundo. Será seu duplo psicológico-ético e moral o que será periciado: quem era ela, com quem se relacionava, onde estava, era sexualmente ativa? Como guardiões da moral e da lei penal, as equipes interpelarão as mulheres. Elas terão de se comportar de acordo com o que se espera de uma verdadeira vítima, terão de responder a perguntas e preencher termos e protocolos. As repostas às interpelações serão buscadas não só na fala, mas no corpo que sofre.

As mulheres e meninas que procuram o abortamento legal terão de testemunhar em um contexto de opressão e de suspeição à sua palavra. Aquele que ouve desconhece os fatos, e sua escuta estará sempre permeada por uma engrenagem de poder. A história da mulher, nesse sentido, é cristalizada a partir da escuta do outro e de uma verdade que o poder obriga a formular. A verdade procurada não é a verdade objetiva dos eventos, mas a verdade subjetiva daquele que vai testemunhar.

A equipe decidirá sobre a aprovação ou não do procedimento. Para tanto, além da palavra da mulher sobre o acontecimento do estupro, será necessário que a idade gestacional esteja de acordo com a data da violência, ou seja, deve haver nexo causal entre a data da violência e o tempo de gestação. Mas isso ainda não será suficiente. A mulher ou menina precisará contar sua história a vários profissionais e não poderá haver discrepância entre as versões. Em alguns serviços necessitarão apresentar boletim de ocorrência e/ou autorização judicial, preencher os formulários (previstos pela Norma Técnica) e ser reconhecida pela equipe de saúde como uma mulher não mentirosa. Se não bastasse, terá de encontrar uma equipe de saúde que se disponha a realizar o procedimento.

A decisão final é dos profissionais do *jaleco branco*, atuando a partir de um dobramento entre os poderes médico/psicossociais e os poderes de polícia e de juiz. As mulheres só poderão realizar o aborto previsto em lei se forem aprovadas em todos os testes de verdade e se tiverem a legitimação do testemunho dos profissionais de saúde. As equipes atuarão num processo de vigilância constante e ininterrupto.

Mesmo tendo sido o procedimento autorizado pelos regimes de saberes e poderes, as mulheres e meninas ainda serão avaliadas e poderão ter o aborto legal negado.

Os serviços de abortamento legal no Brasil possuem diferenças e peculiaridades, mas todos estão sob um poder normalizador que os provoca a estar em permanente vigilância. Eles devem vigiar as mulheres e seus corpos, mas também a si mesmos, de forma a proteger a lei penal e a moral hegemônica sobre o aborto. O que faz a engrenagem pericial dos serviços se mover é um poder normalizador, ao qual chamo de patriarcado. Este foi um estudo sobre o caráter não explícito do poder patriarcal nos serviços de saúde.

Para que a engrenagem se movimente, os profissionais do *jaleco branco* respondem a uma pergunta do patriarcado se metamorfoseando na figura do UBU. Como a pergunta é ditada por um regime de poder de opressão às mulheres, essa pergunta nunca é protetora: 'ela sofre? Ela está rindo, ela está enganando? Era o marido, o namorado?'. Os testes de verdade adquirem, por vezes, um caráter ubuesco. Eles existem e são imprescindíveis para o funcionamento dos serviços, mas são ubuescos e fazem rir, porque no fim não seriam necessários. O *jaleco branco* testemunha, mas por trás desse testemunho há uma forma de organização da vida, uma engrenagem que age a partir de sutilezas. Tal engrenagem afasta os serviços da assistência, atribuição para a qual foram criados, e os aproxima de um serviço investigativo. Essa lógica pericial, apesar de estranha ao que é comumente ofertado pelos hospitais, é assumida como única possibilidade de os serviços de aborto legal existirem e como forma de se diferenciarem dos serviços de aborto clandestinos.

Os profissionais farão as perguntas sobre a construção da vítima, assim como muitas vezes eu fiz. Eu investiguei, eu fiz as mulheres assinarem todos os termos e protocolos. Eu as fiz voltar a várias consultas quando percebia que seu discurso não estava de acordo com o que eu precisava ouvir. Eu reproduzia uma outra engrenagem, que não estava pautada na obviedade da discussão do debate público, mas pautada nas sutilezas da prática diária, do cotidiano dos serviços.

Este trabalho me permitiu construir uma grade interpretativa que me ofereceu possibilidades de respostas para o que estava acontecendo nos serviços de aborto legal. A política pública de saúde parte de um reconhecimento da verdade da vítima,

mas esse dispositivo se atualiza no regime de poder dos serviços, quando não rompe com o patriarcado sob o qual a sociedade brasileira se organiza.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (homo sacer III)*. São Paulo: Boitempo, 2008.

ALMEIDA, Tânia Mara; BANDEIRA, Lourdes. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. *Cadernos Pagu*, n. 41, jul.-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n41/18.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BARTHES, Roland. *A câmara clara*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1984.

BASTOS, Alvaro (Ed.). *Noções de ginecologia*. 8. ed. São Paulo: Atheneu; 1991. (Aborto; p. 325-330).

BRASIL. *Código Penal* [1940]. Colaboração de Antonio L. de Toledo Pinto, Márcia V. dos Santos Wíndt e Livia Céspedes. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, 25 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica* [documento na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1508, de 1 de setembro de 2005*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Hospitais e serviços de referência em atendimento para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual – Brasil*. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atasm_res_serv_At_viol_sexual_2009.pdf>. Acesso em: 3 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*.

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, 2012.

BUTLER, Judith. *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra, 1997.

BUTLER, Judith. *Deshacer género*. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós; 2009.

CAVARERO, Adriana; BUTLER, Judith. A condição humana contra "natureza". *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 15, v. 3, p. 647-662, set.-dez./2007.

COLÁS, Osmar; AQUINO Nicole; MATTAR, Rosiane. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e os conhecimentos dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n. 29, v. 9, p. 443-445, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009* [documento na internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: nov. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética do Psicólogo: Resolução CFP nº 10/2005, de 27 de agosto de 2005*.

CONSELHO FEDERAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Resolução COFEN nº 311, de 31 de janeiro de 2007*.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética do/da Assistente Social*. 10. ed. Brasília: CEFESS, 2012.

DAS, Veena. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 31-42, 1999.

DAS, Veena. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University California Press, 2007.

DAS, Veena. En la región del rumor. In: ORTEGA, Francisco (ed). *Veena Das: sujetos de dolor, agentes de dignidade*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas: Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar, p. 95-144, 2008.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Caderno Pagu*, n. 37, p. 9-41, 2011.

DAS, Veena. Entre palavras e vidas: um pensamento de encontro com as margens, violências e sofrimentos. Entrevista com Veena Das. Entrevistada por Mise Michel, Werneck Alexandre, Birman Patricia, Pereira Pedro, Feltran Gabriel, Malvesi Paulo. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 5, n. 2, p. 335-356, abr.-maio-jun. 2012.

DINIZ, Debora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013.

DINIZ, Debora. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane; ZANELLO, Valeska (Org). *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2014.

DINIZ, Debora. *Cadeia: relatos sobre mulheres*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.

DINIZ, Debora; BRUM, Eliane. *Uma história Severina* [internet]. Brasília: ImagensLivres, 2005. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=65Ab38kWFhE>>. Acesso em: 1 ago. 2013.

DINIZ, Debora; DIOS, Vanessa; MASTRELLA, Miryam; MADEIRO, Alberto. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1795-1804, 2012.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto; ROSAS, Cristiano. Conscientions, objection, barriers, and abortion in case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 22, n. 43, p. 141-148, 2014.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. Aborto e violência sexual. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 64, n. 2, abr.-jun. 2012.

FARGE, Arlette. *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp, 2009.

FASSIN, Didier. La patetización del mundo: ensayo de antropología política del sufrimiento. In: VIGOYA, Mara; ARIZA, Gloria. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Santa Fé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1999. p. 31-41.

FASSIN, Didier. The humanitarian politics of testimony: subjectification through trauma in the Israeli-Palestinian conflict. *Cultural Anthropol*, v. 23, n. 3, p. 531-558, 2008.

FASSIN, Didier. Governar por los cuerpos, políticas de reconhecimento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuad Antropol Soc*, p. 49-78, 2003. Tradução de Paula Vazquez.

FASSIN, Didier. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud. *Rev Colomb Antropol*, n. 40, p. 283-318, 2004.

FASSIN, Didier; D'HALLUIN, Estelle. The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. *Am Anthropol*, v. 107, n. 4, p. 597-608, 2005.

FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. New Jersey: Princeton University Press, 2009.

FAÚNDES, Aníbal; BEDONE, Aloísio; PINTO E SILVA, João Luis. I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei – Relatório final. *Femina*, n. 25, p. 1-8, 1996.

FAÚNDES, Aníbal; DUARTE, Graciana; OSIS, Maria Jose; ADALFT-NETO, Jorge. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal entre 2003 e 2005. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 4, p. 192-199, 2007.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, Jose. *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Komedi, 2004.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade. v. 1: A vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: _____. *Estratégias, poder-saber. Ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 203-222.

FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população*. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2009.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes; 2011.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU; 2012a.

FOUCAULT, Michel. Teorias e instituições penais. In: FOUCAULT, M. *Segurança, penalidade e prisão*. Ditos e escritos 8. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012b.

HABIZANG, Luiza F; CAMINHA, Renato M. *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

LAKATUS, Imre. *La metodología de los programas de investigación científica*. 3. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1989.

MADEIRO, Alberto; DINIZ Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

OVIEDO, Rafael. La boca como representación. In: VIGOYA, M. V.; ARIZA, G. G. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Santa Fé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999.

RIBBENS, Jane; EDWARDS, Rosalind. *Feminist Dilemmas in Qualitative Research*. London: Sage Publications, 2000.

RODRIGUEZ, Rosana Paula. El poder del testimonio, experiências de mujeres. *Estud fem*, v. 21, n. 3, p. 496, 2013.

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. *Estud Fem*, v. 16, n. 2, p. 685-690, 2008.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

SCAVONE, Lucila; BATISTA, Luis Eduardo (Org.). *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Cultura Acadêmica, 2000.

SONTAG, Susan. *Diante da dor dos outros*. São Paulo: Companhia das Letras; 2003.

TALIB, Rosangela; CITELI, Maria Teresa. *Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

TRAJANO FILHO, Wilson. Outros rumores de identidade na Guiné-Bissau. *Série Antropologia*, 279. Brasília: Universidade de Brasília.

VÉLEZ, Ana Cristina. Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos [artigo na internet]. *Reprod Health Matters*, v. 17, n. 34, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedsearch.com/article/Causal-Salud-Interrupcion-Legal-de/225074378.html>>. Acesso em: mar. 2014.

VIANA, Francisco. Serviços de atendimento ao aborto legal. In: MAIA, Monica (Org.). *Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 171-189.

VILLELA, Wilza; LAGO, Tania. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 471-475, 2007.

ZANELLO, Valeska; ROMERO, Ana Carolina. “Vagabundo” ou “vagabunda”? Xingamentos e relações de gênero. *Revista Labrys Estudos Feministas*, jul.-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.labrys.net.br/labrys22/libre/valeskapt.htm>>. Acesso em: nov. 2015

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL

I. Perfil do profissional de saúde

1. Qual é a sua idade?
2. Quantos anos você tem de formado(a)?
3. Fez alguma pós-graduação?
4. Trabalha em alguma instituição de ensino?
5. Há quantos anos trabalha com aborto previsto em lei?
 - 5.1 De que maneira você se integrou à equipe (concurso, convite, procura espontânea...)?

II. Opiniões sobre aborto

6. Você atende mulheres grávidas/gestantes em outro local?
7. Qual é a sua opinião sobre a interrupção da gravidez prevista em lei (estupro e risco de vida para a gestante)?
 - 7.1 Acha que a lei deveria ser mudada (ampliação dos casos permitidos por lei)?
8. Acha que o aborto deveria ser descriminalizado no Brasil?

III. Opiniões sobre objeção de consciência no aborto legal

9. Qual é a sua rotina de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual?
 - 9.1 Quantas mulheres, em média, você atende por mês?
 - 9.2 Qual é o perfil mais comum dessas mulheres?
10. Qual é a rotina do serviço quando uma mulher vítima de estupro é encaminhada grávida?
 - 10.1 É solicitado boletim de ocorrência?
 - 10.2 A mulher é encaminhada ao IML para exame de corpo de delito?
 - 10.3 É solicitada autorização judicial?
11. Qual é a sua opinião sobre a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre Violência Sexual, que orienta que, em casos de gravidez após estupro, basta a “palavra da mulher” e seu consentimento para que o serviço de saúde proceda à interrupção da gestação (não há necessidade de boletim de ocorrência e laudo do IML)?
12. O que você acha do limite de direito de objeção de consciência em algumas situações (por exemplo, na falta de outro profissional ou quando há risco de morte para a mulher)?
 - 12.1 Seu código de ética profissional tem algum limite à objeção de consciência?

13. Alguma vez você já apresentou objeção de consciência diante de um caso de solicitação de interrupção de gravidez por estupro? E por risco de vida da gestante?

16. 1 Se sim: como foi? Qual a razão?

IV. Finalização

14. Você pratica alguma religião?

17.1 Qual?

17.2 Sua religião tem influência sobre sua prática profissional?

15. Você tem alguma pergunta ou sugestão? Algo que não perguntei?

APÊNDICE 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL

Pesquisador(a) responsável: DEBORA DINIZ

Número do projeto: 11 - 09/2011

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado "OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL".

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra "d" e IX.2 letra "c" da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 10 de novembro de 2011.

Prof. Cristiano Guedes
Coordenador Adjunto – CEP/IH

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa ***Objeção de consciência e serviços de aborto legal no Brasil***. A principal razão deste estudo é conhecer as opiniões e práticas de objeção de consciência entre profissionais de saúde no caso concreto do aborto previsto em lei. Caso você participe, haverá uma entrevista com perguntas sobre essa questão. Essa entrevista/conversa será gravada para que eu consiga melhor lembrar o que foi dito.

É muito importante que você saiba que tudo o que for conversado é confidencial e em nenhum momento haverá sua identificação (seu nome não ficará gravado, não aparecerá em nenhum momento do estudo e nem identificado com a sua instituição de trabalho). Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer grande desconforto ou risco. Após o término da pesquisa, os resultados serão divulgados por meio de artigos científicos.

Além disso, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou, ainda, retirar seu consentimento a qualquer momento. Por sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu li e/ou ouvi o esclarecimento sobre o projeto e compreendi para que serve o estudo. Também sei que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Sei que meu nome não será divulgado e não receberei dinheiro por participar do estudo. Fui informado(a) também que o estudo é coordenado pelos pesquisadores Debora Diniz e Alberto Madeiro, da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (em Brasília), e que outros pesquisadores estarão envolvidos na coleta e análise dos dados.

Também fui informado(a) que poderei contatar os pesquisadores a qualquer momento, para esclarecimento de dúvidas, através do telefone (86) 9452 2797 ou do e-mail madeiro@uol.com.br. Por fim, em caso de dúvida, poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília pelo e-mail cep_ih@unb.br.

Diante desse entendimento, eu concordo em participar do estudo com minha entrevista.

Data: ____/____/____

Assinaturas:

1. Participante da pesquisa:

2. Pesquisadora:

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

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

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

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

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

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

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo _____ meu/ minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado)

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

ANEXO II**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ
RESULTANTE DE ESTUPRO**

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital _____ avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

ANEXO III
PARECER TÉCNICO

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

Local e data: _____

Médico

(Assinatura e carimbo)

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento, eu, _____,
 documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar
 nº _____ e/ou meu representante

legal/responsável _____

, documento de identificação tipo

_____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do
 Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma
 livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

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

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

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

Local e data: _____

 Nome, identificação e assinatura.

 Testemunha

Nome, identificação e assinatura

 Testemunha

Nome, identificação e assinatura

ANEXO V
TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Local e Data: _____

Nome, identificação e assinatura.