Por que não escutar as mulheres? O que elas têm a dizer sobre seus abortos?

Why not listen to women? What do they have to say about their abortions?

Paula Land Curi¹

Resumo

O aborto é um tema complexo que se apresenta como um fenômeno atravessado por inúmeras controvérsias, que tendem a nos capturar, ensurdecer, assim como dificultar a proposição de políticas públicas para lidar com o problema. Dessa forma, este trabalho pretende discutir a questão do aborto em nosso país, ratificando que se trata de um problema de saúde pública e, por isso, demanda a implementação de políticas públicas mais específicas no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, capazes de protegê-las de se tornarem mais vulneráveis ao se submeterem ao aborto inseguro. Contudo, ele também convoca a algumas reflexões para além daquelas que advêm do campo político, pois tenta dar lugar a algumas descobertas que se apresentaram, a partir da escuta clínica de mulheres em situação de abortamento. A clínica nos convocou a indagar porque essas mulheres não são escutadas. Ao dar-lhes voz, desloca-se das antigas versões proferidas sobre o aborto e se evidencia que não é um processo que se dá sem conflitos, pois, as mulheres nos mostraram que se sentiam compelidas a se submeterem ao aborto, mesmo quando diziam que desejavam ser mães.

Palavras-chave: Mulheres. Aborto. Políticas Públicas. Escuta clínica.

Abstract

Abortion is a complex theme that is presented as a phenomenon overpassed by many controversies, which tends to capture us, to deafen us, and make difficult to propose public policies to deal with the problem. Therefore, this paper aim to discuss the issue of abortion, in our country, ratifying that it is a public health problem and, therefore, demands implementation of more specific public policies in the field of sexual and reproductive health of women, capable of protecting women from becoming more vulnerable to undergo unsafe abortions. However, this work also convokes some reflections beyond of those came from political field. It tries to give away some discoveries that had appeared, from clinical listening of women who were in miscarriage condition. Clinic listening called us to ask why these women are not listened. By giving them voice, we must displace old versions about abortion, and make evident that there is a process that takes place with conflict, because women have shown us that they felt compelled to submit themselves to abortion, even when they said they wanted to be mothers.

Key-words: Women. Abortion. Public Polices. Clinic listening.

Artigo recebido em 19 de Outubro de 2015 e aprovado em 07 de Novembro de 2016

¹ Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, campus Niterói.

Introdução

Escrever sobre o aborto é (re)tomar um tema complexo, polissêmico, que atravessa a história das mulheres desde a Grécia antiga e que se apresenta, ainda hoje, como um emaranhado de controvérsias, que tende a nos capturar e ensurdecer diante de tanto falatório, assim como obstaculizar propostas.

Sabemos que, no Brasil, o aborto já se mantém há muitas e muitas décadas como pauta de discussão e pesquisas. Rohden (2003) nos mostra, claramente, em seu livro que, entre o final do século XIX e início do século XX, o tema já estava presente nas discussões médico-jurídicas, que atravessavam a sociedade da época, sendo, igualmente, materializadas em 66 teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Há cerca de quase dois séculos, já se podia perceber uma preocupação de alguns segmentos da sociedade com o mapeamento da prática do aborto, seja para criminalizá-lo, seja para evidenciar a certeza de que sua “extinção total seria uma utopia”. (ROHDEN, 2003, p.65).

A diminuição no número de nascimentos, por abortamento, era discutida, não somente no Brasil, mas se apresentava como uma tendência mundial, visto que neomalthusianos e natalistas debatiam, violentamente, o “*comportamento sexual desregulado*” (ROHDEN, 2003, p.33) e seus efeitos na própria organização social.

Seguindo essa linha de pensamento, faz-se relevante pontuar que o aborto já se apresentava como “questão de interesse público”, pois encenava a necessidade de se gerir o sexo e a reprodução para além do campo privado, sob “*o rótulo de relevância do problema da população para o desenvolvimento nacional*”. (ROHDEN, 2003, p.19).

Desde então, vem sendo produzida uma série de trabalhos e pesquisas científicas que versam não apenas sobre as consequências que a prática do aborto representa para o indivíduo (especialmente em termos de danos físicos e psíquicos), mas também para toda a sociedade, que, alternadamente, vem fazendo “*uma espécie de escolha radical entre os dois protagonistas da questão – mãe e feto*” (GALEOTTI, 2007, p.158) – direito do nascituro versus direito da mulher².

Não temos dúvidas que estes trabalhos têm relevância e ressaltam a importância da temática para o campo da saúde pública no Brasil atual. Contudo, não podemos deixar de dizer que essas produções são incapazes de evidenciar a realidade do nosso problema.

² A chamada ponderação de direitos.

Tal como nossos antepassados, apesar de ainda tentarmos mapear suas ocorrências, desconhecemos sua real magnitude e as reais motivações que levam uma mulher a buscar o aborto inseguro, tornando-a ainda mais vulnerável, ao adentrar no mundo da clandestinidade.

Os dados com os quais hoje trabalhamos são apenas aqueles decorrentes de estudos realizados com mulheres que buscam o Sistema Público de Saúde (SUS) para hospitalizações, devido às complicações do aborto inseguro. Nós “*temos poucas informações sobre os abortos que dão certo, ou seja, que não levam às mulheres aos serviços de saúde*”. (PORTELLA, 2005, p. 285).

[...] os dados sobre a morbidade por aborto não são precisos, pois não incluem na estatística oficial as mulheres que não recorrem aos serviços de saúde, e sim aos estabelecimentos que prestam atendimento em condições precárias e clandestinas. (ADESSE, 2006, p.376).

Contudo, é através desses casos que “*não deram certo*”, mas que chegaram aos serviços públicos, aos hospitais-maternidade, que podemos evidenciar as consequências nefastas da criminalização do aborto para o indivíduo e para a sociedade. É também, através deles, que podemos ver que, em nosso país, o aborto revela desigualdade social e vulnerabilidades específicas, visto que o risco de complicações ou mesmo óbito, decorrente do aborto inseguro, se dá, majoritariamente, entre mulheres negras e pobres, que não têm acesso ao aborto seguro.

A proposta de um Estado democrático, plural e laico coloca-nos diante do dever ético de tratar da temática do aborto como ponto crucial da pauta democrática, articulada aos direitos individuais, ao exercício da cidadania, assim como aos cuidados da saúde da mulher. Restringi-la à inócua, e sempre presente, discussão sobre o porquê sim ou não, de sua criminalização/descriminalização é interromper possibilidades de abertura de novos caminhos e propostas mais relevantes ao debate da saúde pública brasileira.

É exatamente nesse sentido que o aborto passa a exigir nossa atenção. Apostamos que uma atenção mais cuidadosa a essa problemática precisa passar por uma escuta clínica da fala das mulheres que abortaram. Escuta esta que deve ser sensível, delicada e diferenciada feita a partir de outro lugar. Por isso, convocamos a Psicanálise, não apenas por ela dar voz às mulheres que abortam e são por ela assistidas, mas também por entendermos que, apesar do aborto não ser um tema privilegiado dela, esta “tem o dever ético de se engajar nos debates contemporâneos e, nestes debates, explicitar a sua política: a política do desejo”. (RIBEIRO, 1996, orelha).

Entende-se, assim, que a Psicanálise pode se constituir como uma ferramenta pertinente para se refletir sobre esse cenário, no qual se fazem presentes vários atores – dentre eles, mulheres que abortam.

O presente trabalho, nesta configuração, pretende discutir o aborto à luz daquilo que foi escutado a partir da fala dessas mulheres, em um trabalho clínico realizado numa maternidade pública. Pretendemos, com isso, através das falas das mulheres, dar ao aborto novas vozes e entoações.

Vale ressaltar que não pretendemos aqui tratar dos avanços que se deram no campo das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos apenas. Estes são indubitáveis. Mas, julgamos ser fundamental que possamos tomar o fenômeno do aborto, avaliá-lo também sob outras perspectivas, sem minimizar a sua problemática. Afinal, estamos diante de um fato concreto: as mulheres abortam.

Apostamos na necessidade de se maximizar os processos subjetivos que se explicitam nos casos de abortamento, legitimando a inevitabilidade de se propor políticas públicas de saúde que contemplem essas mulheres, não como criminosas, assassinas, pobres, displicentes, ou tantas outras designações que lhes possam impetrar, mas “apenas” como sujeitos de desejo.

A importância de colocarmos em cena o que escutamos no cotidiano da clínica, possibilita a abertura de uma nova dimensão, que reconheça a fala das mulheres. Em nosso país, falam os médicos, os juristas, os sacerdotes, os políticos, as feministas, enfim, vários representantes de vários segmentos sociais; porém, calam-se as mulheres que “quiseram” abortar.

1 Do aborto

Embora o problema do aborto seja uma constante que sempre acompanhou a história das sociedades humanas, mudou o modo de o abordar [...]. Ao longo de um percurso em que se alteram não só noções e técnicas médicas, mas também sujeitos, interesses, conotações éticas e regulamentos jurídicos. (GALEOTTI, 2007, p.21).

Como já foi anteriormente apontado, o aborto é sempre tema atual, complexo, polissêmico e controverso, sendo sua magnitude no Brasil e mesmo no mundo desconhecida.

O tema, apesar de sempre presente nas pautas políticas nacionais (e mesmo internacionais), nunca foi tema prioritário das nossas lutas. Sempre em “segundo plano”, não há como, hoje, não tomá-lo como prioridade, visto que, em tempos de retrocessos, não podemos abrir mão das conquistas democráticas que já se deram, referentes à saúde da mulher e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Através do aborto, muito se revela de nossa sociedade: a precariedade da assistência oferecida às mulheres, os números elevado de mortalidade e comorbidade a ele associados, o distanciamento evidente que há entre as políticas públicas de saúde, sua proposição e sua efetivação, em termos de acesso da população.

Contudo, ao falarmos de aborto, ou “a interrupção da gravidez até 22 semanas de gestação, com produto com menos de 550g ou 16 cm” (BRASIL, 2001, p.147), nossas atenções tendem sempre a se voltarem a uma série de questões éticas, políticas, religiosas, jurídicas e científicas dele decorrentes, capazes de gerar enormes discussões e confusões que, segundo Forcano (1976, p.10), dividem a sociedade, numa “polêmica apaixonada” (em segmentos de pessoas que, ou são partidárias ao aborto ou que se nomeiam suas “inimigas” – antiabortistas).

Em linhas gerais, o primeiro grupo tem, como convicção, o fato de que o embrião não pode ser considerado uma vida humana, pois carece de autonomia biológica e psicológica, cabendo, então, à mãe decidir o destino do seu feto. Ele atenta para a realidade da vida, para a hipocrisia de uma sociedade que o proíbe³, para a falta de regulamentação positiva que interfira, efetivamente, nos abortos clandestinos, como nos conta Forcano (1976, p.13):

Haja ou não uma lei pública que proíba o aborto, sempre a mãe tem o poder de procurá-lo clandestinamente. Uma lei proibitiva o que unicamente consegue é aumentar e consolidar os riscos do aborto clandestino.

O segundo grupo é atento aos princípios sagrados da vida. Vê, no aborto, um mal que a todo custo se há de proibir e evitar, assentando-se em um princípio fundamental: “a imoralidade absoluta do aborto”. (FORCANO, 1976, p.13). Sustenta que os inconvenientes ou males que um novo nascimento possa trazer não devem ser imputados à futura criança, mas às mães, sobre as quais se deve aplicar não só ação educativa, preventiva, mas também vindicativa.

Seguindo nessa mesma linha de argumentações, encontramos algumas produções científicas que versam sobre a matéria. Apresentam-se, em sua maioria, apartadas em direções contrárias: ou são decorrentes da luta conduzida pelas mulheres do movimento feminista ou são trabalhos que se ocupam em discutir o aborto pelo viés jurídico (terapêutico ou sentimental), religioso e/ou da ética médica.

³ O rapper Gabriel, o pensador, em 1997, compõe uma música chamada *Pátria que me pariu*, que evidencia de forma clara, o aborto como uma realidade presente no cotidiano brasileiro.

Enquanto um grupo discute e solicita políticas públicas que incorporem a prevenção do aborto e a ampliação de acesso a serviços de boa qualidade, expandindo assim os direitos legalmente admitidos, o outro parece atentar apenas para as questões (im)postas pelas “especulações” em torno do aborto provocado e da (i)legalidade do ato criminoso.

Não obstante, quando conseguimos, mesmo que minimamente, sair dessas “polêmicas apaixonadas” e separatistas e nos disponibilizamos considerar o aborto como um problema de saúde pública, não podemos negar que avançamos. Avançamos na direção da consolidação de um Estado laico, que coloca em evidência, para a sociedade, um fenômeno que a atravessa, sua distribuição quantitativa em números – seus dados epidemiológicos. Diante desses, não há saída senão desvelar o que há tempos se mantém sob o véu da hipocrisia, que exclui, violenta, mata e assola o nosso país.

Cientes de que os dados oficiais são imprecisos e que há carência de indicadores⁴, que nos permitam uma leitura fidedigna do problema, muito embora por si já justifiquem a adoção de medidas de promoção de saúde, os números podem nos levar a incorrerem no risco de uma leitura simplória da situação-problema, capaz ainda de ratificar a posição de alguns indivíduos, que justificam seu posicionamento contrário à descriminalização do aborto por acreditarem que este será transformado em método anticoncepcional para essas “pobres mulheres pobres”.

Vale aqui lembrarmos, apesar da digressão, que essa relação entre contracepção e aborto, apesar de sempre presente, é bastante antiga. Eram estratégias que se confundiam no século passado, pois o aborto “fazia parte de um contínuo de práticas de controle de natalidade e constituía um recurso usado principalmente pelas mulheres de classes menos favorecidas, que teriam menos acessos aos contraceptivos”. (ROHDEN, 2003, p. 30).

Contudo, a autora, ao efetuar uma análise mais fina dessa situação, evidencia que as mulheres de classes mais altas também lançavam mão do aborto, como forma de controle da natalidade. A diferença se encontrava nos métodos utilizados, assim como no acesso a profissionais que, realmente, as ajudavam a manter suas práticas em segredo. Dessa forma, declara a autora: “é bem possível que as mulheres da classe dominante praticassem o aborto, mas seus atos não se transformassem em processos, em casos de polícia”. (ROHDEN, 2003, p. 124-125). Situação esta que, com certeza, se perpetua até hoje.

⁴ Utilizamos, atualmente, como indicadores o Sistema de Internação Hospitalar e o Sistema de Informação de Mortalidade.

Apesar dessas discussões ainda se fazerem presentes no âmbito da saúde pública atual, não podemos deixar de pontuar avanços trazidos por ações, especialmente decorrentes do movimento de mulheres. Suas demandas transbordaram do campo privado/subjetivo e exigiram a implementação de políticas públicas, que garantissem o exercício dos direitos sexuais reprodutivos, que, por consequência, visassem a redução dos números de mortes de mulheres, em decorrência do aborto clandestino⁵.

Mas se, apesar dos avanços ocorridos ao longo de tempo e das medidas governamentais para a construção e implementação das suas políticas públicas, os números imprecisos e surpreendentes não param de crescer, não poderíamos dizer que há aí algo que escape e demanda novas interpretações? Será que estamos dando à questão a devida atenção? Será que não falta escutar as mulheres que abortam?

Quando falamos em escutar essas mulheres, apostamos na necessidade de ir além de ouvi-las, visto que escutar e ouvir, definitivamente, não são a mesma coisa. Se, quando ouvimos, estamos na esfera dos sons que são captados pelo nosso órgão de sentido, ao escutarmos, interpretamos tais sons e revelamos sentidos que se apresentam através e para além das palavras emitidas.

Poderíamos ouvir, metaforicamente, *todas* as mulheres, através de plesbicito, ou simplesmente ouvi-las numa consulta pública. Exercitaríamos a democracia, a cidadania, o que seria muito bem-vindo. Contudo, nosso objetivo não é ouvi-las todas, em seus achismos, ideologias e crenças. Mas, escutar algumas, ou até muitas, que, definitivamente, devem ter algo a dizer sobre suas buscas pelos abortos inseguros.

1.1 Do aborto à clínica com as mulheres

O abortamento [...] representa uma das principais causas de mortalidade materna em nosso País. A curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2011, p.10).

A forma que o Estado toma e trata a questão da saúde da mulher, ao longo dos tempos, se modifica. Já, há algum tempo, podemos dizer, ele vem tentando promover ações que visam, não só a garantia do direito do acesso à saúde, mas também um atendimento eficaz, eficiente e

⁵ Não podemos deixar de lembrar que hoje já existe o chamado aborto legal, com instituições de referência para sua realização e sem todo o atravessamento jurídico que, há menos de uma década, se fazia necessário.

especializado, operacionalizado nos três níveis de assistência, através da normatização de suas ações de intervenção.

Não podemos negar que houve, especialmente ao longo das últimas décadas, avanços quando falamos de saúde da mulher. Mas, no que tange aos cuidados das mulheres em situação de abortamento, diríamos que (quase⁶) nada mudou...

Há um abismo entre o que é recomendado nas Conferências das Nações Unidas e a adoção, de fato, dessas medidas no Brasil. Há uma imensa lacuna entre o que é proposto, implementado e aquilo a que a população tem acesso. Como revelam Rocha; Andalaft Neto (2003, p.293): “as mudanças são restritas e parciais”.

Na plataforma de Ação da Conferência de Beijing (1995), objetivos estratégicos e ações – A mulher e a saúde – em seu ponto 96, temos:

Os direitos humanos das mulheres, seguindo o ponto número 96 incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões livres de coerção, discriminação e violência. (ONU, 1996, p.78).

Mas, nas maternidades, falas sobre o que é ser boa mãe, à luz dos escritos de Rousseau e dos moralistas de seu tempo, ainda reverberam como se, para mulher, não houvesse outro destino senão aquele que lhe é dado pela natureza. E o aborto, ‘prática miserável’, ainda é visto como algo que não faz qualquer sentido, na vida da mulher. Uma vivência tida, por alguns, como “um egoísmo” de alguém que se desvirtuou de sua essência. Nas enfermarias, mulheres são vítimas de desassistência e violência institucional, visto que sabemos que alguns profissionais de saúde as imputam “castigos”, por julgarem que elas “se comportaram mal”. Não há como não dizermos que, diante do aborto, o que se expressa, velada ou declaradamente, são violências travestidas nas suas mais diversas formas.

Contudo, ao escutar essas mulheres, que nem todos querem aos seus leitos se debruçarem para, de fato, assisti-las, somos afetados por seus sofrimentos e, com isso, um enigma se apresenta revelando que estávamos diante de um problema ainda maior, que demanda ainda mais investigação.

Vimos que algumas mulheres, que lançaram mão do aborto inseguro, a despeito do que haviam feito, diziam quererem ser mães, mas sentiam que não mais o podiam. Algo que insistia e estava para além de sua classe social, de suas “finanças”, de suas relações amorosas ou mesmo do mau uso/falha do anticoncepcional.

⁶ Evidenciamos que foi *quase* nada porque não podemos deixar de pontuar que houve a criação de hospitais de referência dirigidos ao aborto legal, assim como avanços jurídicos para interrupção da gestação de fetos anencéfalos.

O que foi se revelando, a partir da escuta dessas mulheres, é que os jargões sempre escutados começaram a desaparecer. Elas não queriam abortar porque eram pobres, nem porque não tinham estrutura ou marido. Simplesmente, precisavam abortar e muitas ainda lastimavam, imensamente, por aquilo que se sentiram compelidas a fazer.

Nesse momento, entendemos que, em relação ao aborto, algo novo se apresentava articulado não mais a pobreza, ao abandono, à vulnerabilidade social que algumas se encontram. Tínhamos clareza de que algo nos escapava, ao mesmo tempo em que outras realidades se presentificavam, demandando, veementemente, novas interpretações. Estávamos certos de que não nos cabia mais buscar explicar o fenômeno aborto à luz das suas antigas versões.

As mulheres, ao serem convocadas a falar, relatavam algo que se articulava a sua busca necessária e urgente pelo aborto – suas mães e as relações que estabeleciam com essas. Expressavam que algo as compelia a abortar, não sem sofrimento e intensa dor. Por isso, apostamos na necessidade de se dar voz a essas mulheres, escutá-las, tomando-as na sua singularidade.

2 O que as mulheres podem nos lembrar?

O caminho para o desenvolvimento da feminilidade fica aberto para a menina, desde que não seja limitado pelos resíduos da superada ligação pré-edípica com a mãe. (FREUD, 1933, p.392).

Conflitos. Talvez seja esta uma das palavras que corporifique o momento de uma mulher se tornar mãe. Conflitos, atravessamentos e marcas que vêm falar de outra circunstância ímpar, o tornar-se mulher.

Discutir essas “metamorfoses” nos convoca a tecer algumas considerações, ao que Freud chamou de fenômeno central do período sexual da primeira infância, o Complexo de Édipo e a sua descoberta posterior, chamada de fase pré-edípica – decisiva para o futuro da mulher.

Não sem conflitos, a menina tem um longo trabalho pela frente... Se, a travessia pelo Édipo dá à criança a condição de sujeito e a liberta de sua sujeição crítica ao desejo do Outro, no caso da menina, essa passagem deixa em seu rastro questões em aberto, para as quais a mulher terá que encontrar soluções. Trata-se de algo mais do que uma simples mudança de objeto, como nos diz Freud em 1931, pois, ao buscar o pai, intenta mais do que uma mudança de sexo e de objeto. Busca um elemento separador, capaz de propiciar um afastamento da mãe.

Ao salientar a importância de uma fase pré-edipiana no processo de constituição de uma menina, Freud considerou a possibilidade de algumas mulheres permanecerem detidas em suas relações originais, fazendo destas o protótipo das relações objetais posteriores, visto que “o pai não se impõe verdadeiramente como metáfora no destino feminino”. (ANDRÉ, 1987, p.181).

Pelo duplo estatuto ocupado pela mãe na história de uma menina, objeto de amor e polo de identificação, a relação entre elas aparece mais como uma história de separação sempre adiada. Essa dependência amorosa de uma filha em relação a uma mãe trará a esta uma gratificação da qual terá muita dificuldade de renunciar, contribuindo ainda mais para “o árduo processo de separação que a filha tentará encetar com a mãe, para ser mulher e mãe ela mesma”. (ZALCBERG, 2003, p. 79).

Não é (nosso) objetivo aqui delinear e descrever todo esse árduo processo, mas utilizá-lo como ponto importante a ser considerado na discussão da questão proposta neste artigo. Afinal, ao darmos voz a mulheres que deram entrada nas unidades de saúde, por terem recorrido ao aborto inseguro, como uma saída e esse foi mal sucedido, elas nos evidenciaram a necessidade de retomar aos ensinamentos freudianos, que tratam, nas palavras de Zalcberg (2003, p.89), deste início que “para toda a criança está a mãe com sua falta como mulher”.

Revelaram, não só que careciam de um ouvidor, mas também nos lembraram de que em qualquer processo gestacional, mesmo quando interrompido, há histórias que se entrelaçam: a do sujeito e a de sua relação com sua mãe. Ou seja, que um aborto convoca a mulher a um trabalho psíquico importante de elaboração daquilo que ela foi para sua mãe e do que sua mãe foi para ela, quando da sua própria constituição psíquica. (DEUTSCH, 1945; LANGER, 1981; SZEJER, 2007).

Tais evidências não podem ser descartadas, especialmente quando se pretende falar da vida sexual e reprodutiva de uma mulher. Se, toda mãe foi um dia filha, não temos como não considerar que tornar-se mãe remeterá uma filha a esse conflituoso, árduo e contínuo processo que Freud nos mostrou: “A relação do sujeito filha com sua mãe e, posteriormente, da filha em relação ao próprio lugar de mãe”. (ELIA, 2003).

A relação não é entre uma pessoa que é mãe e outra que é filha, mas entre duas posições do sujeito mulher, quando no lugar de filha, em face de sua mãe. Quanto no lugar da mãe que poderá vir a ser, o que inclui necessária e estruturalmente as vicissitudes de sua experiência de filha. (ELIA, 2003).

2.1 Das mulheres às políticas de (outros) Estados

A escuta atenta e sensível às mulheres, que deram entrada no sistema público de saúde, conduziu-nos a reflexão sobre as políticas públicas em nosso país, assim como as experiências de outros países ocidentais, como Portugal e França.

Isso não se deu por acaso, visto que durante o trabalho clínico realizado com essas mulheres, esses países (re)iniciaram debates sobre a temática e avançaram em suas considerações, ratificando a importância de se buscar um caminho seguro e possível para garantir a integridade e a saúde física e psíquica de suas mulheres.

O católico Portugal avançou e, em 2007, por Referendo Nacional, conseguiu desprender-se, de alguma forma, dos dogmas cristãos e incluir, na lei que vigorava desde 1984, a possibilidade de se realizarem interrupções de gravidez a pedido das mulheres, até 10 semanas de gestação, em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos.

A Lei 16/2007, aprovada em 17 de abril, na Assembleia da República, trouxe a possibilidade de acabar com o aborto clandestino e inseguro em Portugal, seguindo as orientações da Declaração dos Objetivos para o milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), que tem como meta, para 2015, a redução da taxa de mortalidade materna e da recomendação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para que os países tenham leis que autorizam a interrupção em condições de segurança, que preservem a saúde física e psíquica da mulher.

A implementação das diretrizes para a interrupção da gestação por opção da mulher, apesar de ter sofrido retrocessos em junho desse ano, especialmente no que tange aos direitos e autonomia das mulheres, revelou que deixaram de existir mortes por complicações do aborto em Portugal.

Vale ressaltar que uma das alterações que se deram em 2015, tem relação exatamente ao campo psi. Em 2007, *consultas de apoio psicológico* eram oferecidas para as *mulheres que desejassem*, pois, apostava-se que a escuta e o diálogo pudessem ser fundamentais na decisão da mulher. Hoje, aprova-se a obrigatoriedade de haver um *aconselhamento psicológico e social* mais rigoroso às mulheres. Essa sutil variação é capaz de alterar a ordem das coisas. Além de evidenciar que as mulheres têm de ter suas decisões tuteladas pelo Estado, subliminarmente, traz para o debate o aconselhamento psicológico. Aconselhar o quê? Em nome de quê?

Por sua vez, na França, a interrupção da gestação foi descriminalizada na década de 70 e o Estado parece não ter dúvidas quanto à eficácia de sua medida, em nome da saúde de suas mulheres. Em 2014, a Lei Vallaud-Belkacem, de 04 de Agosto, pune qualquer obstáculo à

informação sobre o aborto, ratificando, assim, o compromisso do Estado com o direito da mulher.

Mas, diferentemente de Portugal, a França, marcada pelo discurso da Psicanálise, faz a sua opção em oferecer às mulheres as chamadas “consultas preliminares” a Interrupção voluntária da gravidez (IVG). Essas mulheres se consultam com psicanalistas, que se debruçam diante do que as mesmas têm a dizer acerca de suas gravidezes. Seu objetivo é promover saúde, criando condições para que uma mulher possa encontrar saída para as questões (im)postas pela gravidez. Claro está que as mulheres podem, inclusive, a partir desses encontros, se autorizarem até a conservar a criança, mas não porque foram aconselhadas a isso. Marie-Magdeleine Chatel⁷ nos é uma referência, por ter sido convidada e convocada a ocupar esse espaço, logo após a sanção da lei, há cerca 40 anos.

Apesar de trabalhar em um espaço de garantia de direitos, a psicanalista é sensível ao pontuar que tomar o aborto como direito concorre para que nada mais seja dito sobre a problemática. Em suas palavras: “Isso deve ocorrer, nem visto, nem sabido, no silêncio branco de um apagamento. Tenta-se negar, pela gentileza, o eventual mal-estar diante do ato de supressão”. (CHATEL, 1995, p. 29).

Nas falas cotidianas, que ecoavam na maternidade francesa, as razões que se apresentavam para a solicitação da IVG estavam sempre ligadas ao pressuposto de que a gravidez teria sido um acidente, a criança não seria desejada e que ocorreram erros inevitáveis de contracepção. Mas, ao oferecer ao sujeito uma ocasião de se dizer o propósito daquele acontecimento, rompendo com o que estava previamente estabelecido, concluiu que:

[...] à força de escutar o discurso de cada uma, fica claro que nenhuma gravidez ocorre por acaso. Há mesmo aquelas que foram feitas, o que é paradoxal, para serem suprimidas: gestações que aconteceram para serem imperativamente abortadas. (CHATEL, 1995, p. 36).

“Mas, em que lógica as mulheres são conduzidas para tal ato de sacrifício: por quê?, por quem? Trata-se de um preço a pagar?” Pergunta-se a autora que logo evidencia que, quando uma mulher demanda um aborto, o interessante não é entender as razões para explicar o fato, pois, elas são sempre racionalizações sobre a decisão de abortar, são discursos pré-fabricados, como dissemos anteriormente.

⁷ Psicanalista francesa, hoje Marie-Magdeleine Lessana, trabalhou na *Maternité Saint Vincent de Paul*, durante 15 anos, atendendo mulheres grávidas e mulheres com sintomas de infertilidade. Professora da Universidade Paris VII, participou da *École Freudienne de Paris*, assim como da *École Lacanienne de Psychanalyse*.

Para ela, o aborto é a “prova subjetiva que comporta um destacamento a ser feito” (CHATEL, 1995, p. 37), uma gravidez que se efetua para fazer a criança que não se vai ter. Conclui que a IVG se dirige à mãe e, é por isso, que precisamos escutar as mulheres, pois nos percursos e percalços da relação mãe e filha estão os propósitos da maternidade.

2.2 O que as nossas mulheres podem nos ensinar?

Sabemos que as experiências de outros países, com realidades bastante distintas da nossa não servem como modelos a seguir. No entanto, pode nos ajudar a refletir sobre nossas práticas e nossos achados.

O trabalho em um hospital-maternidade, espaço onde se articulam as políticas públicas de saúde da mulher, colocá-nos diante de diversas questões que dizem respeito, não só a assistência humanizada, mas também aos direitos sexuais e reprodutivos.

O aborto clandestino, apesar da visibilidade adquirida, inclusive pela força das leis restritivas impostas em nosso país, faz com que as mulheres guardem em silêncio suas vivências e dores. Ao profissional de saúde, ele demanda sensibilidade para acolher e reconhecer cada mulher que adentra a unidade de saúde em sua singularidade. Isto é, humanizar a assistência.

Para ser possível falar do que as afeta, para se apresentar enquanto sujeito, é necessário alguém que possa querer escutá-las. A nossa proposta é esta: escutar o que os sujeitos-mulheres têm a dizer sobre seus abortos, pois, apostamos que não podemos contemplá-las, em termos assistenciais, senão nos dispusermos a escutá-las. Por isso, faz-se necessário retomar a experiência clínica realizada numa maternidade pública, no Rio de Janeiro, com mulheres que, aos olhos de todos, “quiseram abortar”; e, para isso, sem ter qualquer outra chance, recorreram ao chamado aborto inseguro.

Sabemos que muitas são as motivações que podem levar uma mulher a recorrer ao aborto inseguro. Mas, a clínica com essas mulheres revelou falas que ecoavam como enigmas para algumas delas: “Será que alguém quer abortar? Aborta-se porque se *precisa*” (sic). “Nem eu entendo porque eu *preciso* abortar?” (sic).

Mulheres relatam uma decisão, não sem conflitos. Sentiam-se obrigadas a, compelidas a, mesmo quando não haveria motivos reais e concretos para tal propósito. Por suas ações, respondiam a um imperativo, apesar de lançarem mão de inúmeras “desculpas” para explicar o que se dera. Sabiam que elas não retratavam o que realmente estava por detrás de suas

ações, mas nem elas mesmas sabiam o que as levava, em silêncio e segredo, a tomar uma medida tão extremada – abortar e em condições tão insalubres.

Solitárias, insistem em dizer que ninguém as entenderia se pudessem falar, que não queriam fazer o que fizeram, que queriam ser mães, mas algo lhes dizia que não podiam. Não podiam? Pois bem, tal como as mulheres entrevistadas por Chatel, na França, nossas mulheres remetiam suas gravidezes às suas complicadas relações com suas mães.

Não podiam ser mães, não podiam ser como suas mães. Davam-nos a entender que o que estava em jogo era outra coisa para além da decisão de ter ou não ter filhos. Afinal, sabemos que, para a mulher, em sua constituição psíquica, sempre presente está o desejo de receber uma criança como um dom de amor. Elas nos revelavam que estavam divididas entre o desejo pela criança e a recusa desta gravidez – “nunca se sabe de antemão o laço sutil entre uma vontade declarada e o desejo que esta vontade esconde; a vontade pode desconhecer o desejo, negá-lo, caricaturá-lo, às vezes revelá-lo”. (CHATEL, 1995, p. 20).

A escuta atenta dessas mulheres revelava que, realmente, não existe gravidez que sobrevenha ao acaso, que aconteça a revelia do sujeito grávido. Lembrava-nos, que, para procriar, as relações sexuais são necessárias, mas não suficientes, pois para procriar há uma aceitação envolvida na concepção e na acolhida do embrião. (DUQUE-ESTRADA, 1999).

Mas, por que convocavam suas mães? Embora nosso objetivo não seja avançar nessa discussão, que nos lança ao campo da relação mãe e filha, da *devastação*; chamamos atenção para o fato que algumas mulheres estão presas as suas mães, na esperança de que elas as autorizem a se tornarem também mães. Deixam claro que não temos como refletir sobre a busca pelo aborto, se não nos dispusermos a cogitar que há algo que se constitui como enigma a sua feminilidade.

Vale ressaltar que quando apostamos na importância de nos dirigirmos aos sujeitos, estamos implicados com aquilo que escutamos e não temos nenhuma ideia contra o aborto ou a seu favor. Tentamos deixar claro que nossa intenção é trabalhar em favor da saúde das mulheres, dos enigmas que elas nos trazem quando convocadas a falar.

Considerações para finalizar, apenas...

Mulher e maternidade se articulam, quer em sua história, quer nas falas normativas dos higienistas que, de certa forma, ainda estão muito presentes na forma como nossos legisladores propõem as leis e as políticas públicas de saúde que são implementadas em nosso país.

Apesar de a mulher ter o direito (ao menos no papel) de usufruir o mais elevado nível possível de saúde física e mental, ela ainda está exposta a vários riscos físicos e psíquicos, comorbidades, pela inadequação dos serviços de saúde existentes. Os legisladores, decididamente, não atentam e atendem as suas demandas relativas à saúde e à sexualidade.

Além disto, estamos cientes de que há uma imensa lacuna que separa o que é proposto, o que é existente e o que é acessível, especialmente quando o que está em cena é o direito sexual e reprodutivo das mulheres. O aborto, temática desenvolvida nesse trabalho, é apenas um item de uma longa pauta, mas, não um item qualquer. Este causa danos irreparáveis na vida dessas mulheres.

O aborto, em condições perigosas, põe em risco a vida de um grande número de mulheres e representa um grave problema de saúde pública. Dele, poucos ousam falar... Contudo, vale lembrar que ele só se configura como prática insegura, arriscada, por vezes mortal, na exata medida em que é clandestino e acontece sem as mínimas condições sanitárias para sua realização.

O Estado tem total clareza de que o custo desta ilegalidade é muito elevado para as mulheres que decidiram interromper a gravidez, visto que elas “*passam por situações humanamente dolorosas, bem como estão sujeitas a graves riscos a sua saúde e a própria vida*”. (ROCHA; ANDALRAFT NETO, 2003, p. 269). Mas, apesar dos fatos, não se consegue avançar na revisão das leis que contêm medidas punitivas contras as mulheres que realizam aborto, recomendação aprovada em Pequim + 20 – ONU Mulheres, 1995, nem nas suas políticas de enfrentamento a essa violência. No Brasil, restam às mulheres o aborto clandestino, os agravos em saúde, as violências institucionais, o sofrimento psíquico e quando não, a morte.

Pensar estratégias que oportunizem a escuta dessas mulheres se torna, pois, imperioso. Acreditamos que quando a sociedade e seus representantes se mantêm apartados nas “*polêmicas apaixonadas*”, retira-se de cena o sujeito o qual a questão está diretamente ligada, a mulher que aborta. Dela, retiramos a voz, a possibilidade de falar de seu desejo, o que tem implicações diretas no deslanchar de sua vida.

Suas falas revelam que, não sem dor, os abortos são realizados e que longe de ter apenas, como motivações, as dificuldades de cunho socioeconômico, algum embaraço psíquico se apresentava como selando destinos, não só os de seus filhos abortados, mas os seus, visto que muitas, em consequência do ato, não poderiam mais ter filhos. As gestações

interrompidas, sem a devida assistência, levaram a situações limites, em termos de saúde, incluindo o risco de morte e a esterilidade.

Indagar a respeito da problemática trazida é, a nosso ver, uma imposição de nosso tempo. Reconhecer e tratar as consequências para a saúde das mulheres dos abortos perigosos, uma exigência. Contemplar, de fato, através da construção, implementação e efetivação de políticas públicas, o problema do aborto, de *forma sensível*, é obrigação. Oportunizar as mulheres voz e vez, um caminho necessário – é um dos grandes desafios do milênio.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leila. Assistência à mulher em abortamento: necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: DESLANDES, Suely (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher?**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CHATEL, Marie-Magdeleine. **O mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**. Rio de Janeiro: Editora Campo Matêmico, 1995.
- DEUTSCH, Helene. **Motherhood**. New York: Grune & Stratton, 1945.
- DUQUE-ESTRADA, Dulce. Procriação: quando o desejo nasce? In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICANÁLISE E SUAS CONEXÕES, 1999, Rio de Janeiro. **Trata-se uma Criança**. Rio de Janeiro: Escola Lacaniana de Psicanálise, 1999.
- ELIA, Luciano. Prefácio. In: ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe-filha**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2003.
- FORCANO, Benjamin. O aborto está em jogo a vida humana. In: FORCANO, Benjamin *et al.* **Aborto é crime?** Porto: Editorial Promoção, 1976.
- FREUD, Sigmund. A dissolução do complexo de Édipo In: FREUD, Sigmund. **Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, 1924-1980. v.19.
- FREUD, Sigmund. Algumas consequências psíquicas da diferença entre os sexos In: FREUD, Sigmund. **Edição Standart Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, 1925-1980. v. 19.
- FREUD, Sigmund. Sexualidade feminina. In: FREUD, Sigmund. **Sigmund Freud**. São Paulo: Companhia das Letras, 1931-2010. v. 14.
- FREUD, Sigmund. A Feminilidade. In: FREUD, Sigmund. **Sigmund Freud**. São Paulo: Companhia das Letras, 1933-2010. v.14.
- GALEOTTI, G. **História do Aborto**. Lisboa: Edições 70, 2007.

LANGER, M. **Maternidade e Sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

PORTELLA, Ana Paula. Produção de conhecimento sobre o aborto: questões para o debate. In: AVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (Org.). **Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Graramon Universitária, 2005.

RIBEIRO, Maria Anita. Orelha. In: RIBEIRO, Heloísa Caldas; POLLO, Vera (Org.). **Adolescência: o despertar**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1996.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Coleção História e Saúde, 2003.

ROCHA, Maria Isabel Baltar; ANDALAFT NETO, Jorge. A questão do aborto – aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

SZEJER, M. **Nove meses na vida de uma mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ZALCBERG, M. **A relação mãe-filha**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2003.