

Diniz, Debora; Canabarro Dios, Vanessa; Mastrella, Miryam; Pereira Madeiro, Alberto
A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil
Revista Bioética, vol. 22, núm. 2, 2014, pp. 291-298
Conselho Federal de Medicina
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533265011>



Revista Bioética,
ISSN (Versão impressa): 1943-8042
bioetica@portalmedico.org.br
Conselho Federal de Medicina
Brasil

A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil

Debora Diniz¹, Vanessa Canabarro Dias², Miryam Mastrella³, Alberto Pereira Madeiro⁴

Resumo

Este artigo analisa como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima 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. As entrevistas buscaram 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, identificamos um regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher que se expressa por práticas periciais de inquérito em torno do *acontecimento da violência* e da *subjetividade da vítima*. A verdade do estupro para o aborto legal não se resume à narrativa íntima e com presunção de veracidade, mas é uma construção moral e discursiva produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços.

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

Resumen

La verdad de la violación en los servicios de aborto legal en Brasil

Este artículo analiza cómo se construye la verdad de la violación sexual para que la mujer que se presenta como víctima de violación tenga acceso al aborto legal en Brasil. Fueron entrevistados 82 profesionales de salud de cinco servicios de referencia para el aborto legal, uno de cada región del país, entre médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, trabajadores sociales y psicólogos. Las entrevistas buscaban comprender los procedimientos y prácticas a que la mujer se somete para tener acceso al aborto legal. A pesar de las particularidades en la organización y funcionamiento de los servicios, identificamos un régimen compartido de sospecha a la narrativa de la mujer que se expresa por prácticas periciales de investigación en torno al *acontecimiento de la violencia* y de la *subjetividad de la víctima*. La verdad de la violación sexual para el aborto legal no se resume a la narrativa íntima y presunción de veracidad, sino es una construcción moral y discursiva producida por la sumisión de la mujer a los regímenes periciales de los servicios.

Palabras-clave: Aborto. Aborto legal. Violación. Violencia contra la mujer. Violencia sexual. Brasil.

Abstract

The truth of the rape at reference abortion services in Brazil

This paper analyzes how the truth of the rape is constructed in order to authorize a woman victim of rape to have a legal abortion. We have interviewed 82 health care professionals (physicians, nurses and technicians, social workers and psychologists) at five reference facilities for legal abortion in Brazil. The interviews aimed to understand the procedures and practices imposed on a woman in order to be allowed to have the legal abortion. In spite of the particularities of each facility, we have identified a shared regime of suspicion of the woman's narrative, which investigates the *fact of the violence* and the *victim's subjectivity*. The truth of the rape for the legal abortion is not a woman's narrative with a status of veracity, but it is a moral and discursive construction shaped by the victims' submission to the forensic regimes of the services.

Key words: Abortion. Abortion, legal. Rape. Violence against women. Sexual violence. Brazil.

Aprovação CAAE UnB nº 12695713.7.0000.5540

1. **Doutora** d.diniz@anis.org.br – Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil. **2.** **Doutoranda** vandios@uol.com.br – Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil. **3.** **Doutoranda** m.mastrella@anis.org.br – Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil **4.** **Doutor** madeiro@uol.com.br – Universidade Estadual do Piauí, Teresina/PI, Brasil.

Correspondência

Debora Diniz – Caixa Postal 8.011 CEP 70673-970. Brasília-DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O aborto legal no Brasil

“Aborto legal” é uma expressão brasileira para descrever a ambiguidade do marco punitivo e de políticas públicas. O aborto é tipificado como crime contra a vida pelo Código Penal de 1940; uma mulher que o provoque em si mesma (aborto provocado) será punida com prisão¹. Ao mesmo tempo em que o Código Penal determina regime de castigo tão severo, reconhece exceções em que o aborto não deve ser punido – quando a gravidez for resultante de estupro e quando a vida da mulher estiver em risco. Um mesmo ato é ou não punível a depender de seus moduladores para o regime de causalidade: no estupro, a mulher é uma vítima de violência; no risco de vida, a mulher é vítima de doença. Mais recentemente, em novo permissivo para o aborto por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF)², entendeu-se que, em caso de anencefalia, não há crime contra a vida, pois o feto não sobrevive ao parto. As três exceções punitivas têm em comum a construção moral da mulher como vítima – seja da violência patriarcal, seja do acaso da natureza.

A centralidade da figura da mulher como vítima movimenta as políticas públicas de saúde que regulamentam os serviços de aborto legal no Brasil. Durante longo período, disputou-se a quem caberia a descrição de uma mulher como vítima de estupro: se a ela mesma, como testemunha da violência sofrida, ou se à polícia, com registros de documentos investigativos, como é o caso do Boletim de Ocorrência (BO). O texto do Código Penal estabeleceu a ausência de punição, mas não especificou como reconhecer a verdade do estupro ou do risco de vida da mulher¹. Para o segundo excludente de punibilidade, os regimes de saber médicos rapidamente organizaram práticas e rotinas de laudo e arquivo para demarcar as fronteiras entre risco à saúde e risco à vida da mulher. Foi sobre o primeiro excludente, o estupro, que a disputa moral ganhou fôlego no Brasil³⁻⁵.

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) editou documento para regulamentar os serviços de aborto legal no país – a norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Este foi o primeiro texto em que se especificou o silêncio deixado pelo Código Penal sobre como estabelecer a verdade do estupro no caso da exceção punitiva para o aborto. A controvérsia moral foi intensa e a disputa sobre a soberania pela verdade do estupro foi o que moveu a revisão e ampliação do documento, em 2005, e sua última revisão, em 2012⁶⁻⁸.

A partir de então, o consentimento da mulher ou o de seu representante legal passaram a ser peças suficientes para o acesso ao aborto legal. Ou seja, o testemunho da mulher não deveria ser submetido à investigação policial ou judicial da verdade para que fosse reconhecido como legítimo para o acesso aos serviços de saúde. Ao menos para os textos das políticas públicas, a narrativa da mulher deve ser suficiente para a história do estupro e o acesso ao aborto legal nos serviços de saúde.

Estudos de opinião mostraram que médicos ginecologistas e obstetras ainda acreditam ser preciso o BO ou autorização judicial para que uma mulher tenha acesso ao aborto legal^{9,10}. Se, por um lado, é possível acolher esse desconhecimento como informação insuficiente sobre o marco das políticas públicas em saúde, por outro, é também possível entendê-lo como sinal da persistência da controvérsia moral sobre como se estabelece a verdade do estupro para o aborto legal. Há uma economia moral em curso sobre o corpo e a sexualidade das mulheres, que rejeita fissuras à heteronomia reprodutiva imposta às mulheres em matéria de aborto – nesse marco moral, a exceção punitiva seria um sopro de soberania das mulheres sobre seu corpo; por isso, a intensa vigilância sobre sua atualização. A ambiguidade penal – o aborto é crime, mas há exceções à punição – anima uma cisão no reconhecimento do direito ao aborto legal: não é a autonomia reprodutiva das mulheres o que se protege, mas a mulher vítima de estupro.

Este artigo analisa uma das expressões da economia moral do aborto no Brasil, aquela que se reproduz nos poucos espaços legitimados e públicos nos quais se atualiza a ambiguidade penal da exceção punitiva ao aborto, os serviços de aborto legal. Nossa inquietação foi conhecer como os profissionais de saúde de serviços de aborto legal constroem a verdade do estupro para que uma mulher tenha acesso ao aborto. Por verdade do estupro, entendemos um conjunto de exames e procedimentos a que a mulher é submetida após apresentar-se como vítima de estupro em busca de um aborto legal.

Os serviços de aborto legal e as entrevistas

Foram realizadas entrevistas qualitativas com os profissionais de saúde que atuam em serviços de aborto previsto em lei em cinco capitais do Brasil, um em cada região. Os serviços foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: ter efetivamente realizado aborto legal em 2013 e 2012 e ser

referenciado para a região geográfica em que está situado. Não há registros consolidados de abortos legais realizados no Brasil que permitam determinar a representatividade desses cinco serviços no cenário nacional; sendo, no entanto, referência em suas respectivas regiões.

O projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília antes da coleta dos dados, e 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 foi realizada entre março de 2013 e janeiro de 2014.

O aborto legal é uma prática exclusivamente médica no Brasil. No entanto, outros profissionais de saúde fazem parte das equipes que acolhem e atendem as mulheres cujas gestações se enquadram nos três casos previstos em lei: risco de morte, violência sexual e anencefalia. Ou seja, são serviços compostos por equipes multidisciplinares, integradas por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, de acordo com a terceira edição da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes⁸.

O foco da entrevista foi o aborto por estupro. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras no próprio hospital, em local disponibilizado pela direção ou indicado pelo profissional. O consentimento para participação foi obtido mediante esclarecimento prévio dos participantes e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) firmado por escrito. 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.

Foram realizadas 82 entrevistas, entre 25 médicos ginecologistas-obstetras, um médico anestesiista, 19 assistentes sociais, 18 psicólogos, 13 enfermeiros e seis 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).

As entrevistas foram gravadas e transcritas, mas nenhum dado sobre formação profissional, sobre a instituição ou sobre a região foi indexado, pois

o foco é o *ethos* do aborto no Brasil e não em regiões específicas. Para evitar qualquer possibilidade de identificação, não há declinação de gênero nas transcrições. As vozes foram entendidas como vozes das equipes. Foi solicitado sigilo de cinco anos para divulgação da avaliação do projeto pelos comitês de ética.

Três pesquisadoras leram e codificaram as entrevistas e os dados foram tabulados a partir de um instrumento composto por duas questões: se havia práticas periciais para a narrativa da mulher e, havendo, como elas se expressavam. Os padrões foram comparados e, em caso de discrepância, as transcrições foram revisadas. Embora cada serviço tenha organização e dinâmica de funcionamento particular, a análise das entrevistas permitiu verificar a existência de um regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher sobre o estupro em particular em quatro dos serviços. Em um deles, há um regime singular de reconhecimento da voz da mulher como soberana, muito embora a economia moral do aborto como exceção à lei penal imponha constrangimentos permanentes à autonomia da equipe.

O acontecimento da violência

O inquérito é uma das práticas judiciárias de produção da verdade, segundo Michel Foucault¹¹. Pelo inquérito, o poder interpela quem detém o saber. O inquérito se institui em situações em que há ausência de flagrante ou testemunha: é por meio dele que se permite caracterizar a verdade de um acontecimento.

A tecnologia do inquérito não é exclusiva dos poderes judiciários ou policiais; foi também incorporada aos saberes e práticas biomédicas, em particular, para a gestão da vida sob a forma da biopolítica¹². No caso do aborto legal, a prática do inquérito investiga a verdade do acontecimento da violência e produz os sentidos para a definição da subjetividade da mulher como vítima. Em geral, não há flagrante da cena do estupro – é preciso acreditar no que diz a mulher que se apresenta como vítima e testemunha de sua própria violência. As entrevistas, no entanto, mostraram que não basta o texto da mulher; a verdade do estupro é construída no encontro entre os testes de verdade sobre o acontecimento da violência e a leitura sobre a subjetividade da vítima.

Quando uma mulher alcança um serviço de aborto legal, há um regime de suspeição em curso que a antecede e a acompanha. Ele se expressa em, pelo menos, duas dimensões morais. A primeira,

pelo *ethos* de exceção à lei penal que rege o aborto em caso de estupro. Como regra instituída com a força da punição penal, o aborto é crime contra a vida e sua prática, em caso de gravidez resultante de estupro, é autorizada como exceção à punição. Mantém-se o estatuto de crime, porém sem pena. Essa ambiguidade legal anima rumores entre as equipes de saúde sobre o estatuto moral dos serviços de aborto legal: seriam serviços essenciais de proteção às necessidades de saúde das mulheres ou serviços liminares à moral criminalizadora do aborto?

A atualização da regra penal nos profissionais que assistem as mulheres nos serviços de aborto legal anima a segunda dimensão do regime de exceção – os profissionais de saúde temem ser “enganados”: “...porque existe sempre o fantasma na área médica da questão de que as mulheres mentem...”. A vigilância contra o engano rememora continuamente o caráter excepcional do serviço, dificultando violações da regra penal por racionalidades da assistência em saúde.

Além disso, tão importante quanto a vigilância penal, o estatuto ambíguo dos serviços pressiona os profissionais de saúde a se manterem sob vigilância para a moral que descreve suas práticas de assistência como imorais. É nessa duplicitade de guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto que as práticas de inquérito pela verdade do estupro surgem no encontro dos profissionais com as mulheres.

O regime de exceção possibilita que práticas periciais de inquérito se expressem como rotina da organização dos serviços para a qualificação da mulher como vítima e, portanto, para a produção da verdade do estupro – ou, nas palavras de um dos profissionais, “...se o médico não for muito sensível, ele tem uma tendência a fazer perguntas como que pra encurralar, porque tem uma necessidade de saber e confrontar se a pessoa tá dizendo uma mentira...”.

Há uma categoria recorrente nos serviços que resume a lógica pericial imposta pelo medo da exceção – *nexo causal*. O sentido corrente nos serviços se aproxima do sentido lógico dicionarizado da locução, “relação que une a causa ao efeito”¹³, em que a causa é o estupro e o efeito é a gravidez. No entanto, são precisos testes de verificação para avaliar diferentes aspectos da narrativa da mulher – desde o acontecimento do estupro até as chances de a gravidez ser resultado do evento sexual alegado e não de outro. O resultado dos testes é a coerência do nexo causal.

“No caso do aborto legal, não tem a exigência do Boletim de Ocorrência, mas tem que ter o nexo

causal, tem que bater a história da paciente com a do tempo da gravidez...”, explicou um profissional ao ser questionado se já havia recusado algum atendimento. Para ele, a falha no nexo causal se resumiria à “*questão da data da última menstruação não bater com a data da violência*”, ou seja, não se contesta diretamente a existência da violência, pois uma mulher pode ter sido vítima de estupro, sem que a gravidez seja resultado desse evento sexual.

A tese do nexo causal organiza os marcos investigativos previstos nos documentos normativos da política pública do MS, mas também atualiza o dobramento do poder policial com o poder médico: os policiais saíram de cena (não é exigido da mulher o BO para acessar o serviço de aborto legal, muito embora um dos serviços entre os cinco pesquisados mantenha a exigência do documento, além de autorização judicial), mas isso não significa que a investigação pericial pela verdade tenha desaparecido. Se nem todos os serviços fazem uso do jargão “nexo causal” ou “relação causal”, a expectativa de que o acontecimento do estupro possa e deva ser periciado pelas datas e exames é comum a todos os profissionais entrevistados.

Não exploramos a genealogia dessa categoria pericial nos serviços, até mesmo porque a memória das práticas é continuamente reavivada pela passagem de profissionais residentes e em poucos serviços havia profissionais desde o período da fundação. Se, por um lado, pode ser resquício da disputa dos anos 90 por ocasião da edição da primeira norma técnica do MS, por outro, pode ser uma expansão para o campo investigativo moral de práticas de rotina médica para a decisão sobre os métodos de aborto a serem utilizados.

Muitos profissionais justificaram a tese do nexo causal em termos estritamente técnicos para a investigação do tamanho do feto e, consequentemente, para a escolha do método de expulsão: “...a ecografia é importante, tem que saber o tempo da gestação, porque dependendo da idade da gestação a forma de interrupção é diferente...”. A última versão da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes diz que *determinar a idade gestacional é importante para a escolha do método do abortamento e para estabelecer a concordância entre a idade gestacional e o período da violência sexual*¹⁰, ou seja, é possível ler as recomendações como prescrições técnicas para a determinação do método a ser adotado, muito embora o conceito de “concordância” permita leituras inspiradas na tese do “nexo causal”. Seria a concor-

dância que anteciparia o método, mas também que garantiria a verdade da narrativa da mulher sobre o estupro.

Mas há outro nível de justificativa moral para o teste do “nexo causal” – ele faz parte do regime de provas de que o serviço se mantém na linha de exceção ao regime punitivo ao aborto, ou seja, de que a equipe reconhece e respeita a fronteira entre o serviço de referência para o aborto legal e as clínicas clandestinas de aborto. Assim, os registros em prontuários da checagem de datas, exames e fatos para “bater o nexo causal” permitem que as equipes se protejam de contínuas investigações externas, descritas como judiciais: “porque, como a gente sabe que não tem a exigência do BO, mas só que o Ministério Público depois não quer saber. Se você indicou um aborto que não houve nexo causal, o Ministério Público vai pra cima do médico, ele não vai pra cima da paciente que veio procurando o aborto legal...”. Ou seja, há uma sobreposição de regimes periciais em curso – das equipes às mulheres, do Poder Judiciário às equipes. Mulheres e equipes são continuamente interpelados pela moral da exceção punitiva ao aborto legal no Brasil.

Os testes de veridicação aplicados à mulher são compartilhados pelos membros das equipes, muito embora se reconheça a soberania da decisão médica. Assistentes sociais e psicólogos são os primeiros a reconstruir a história do acontecimento da violência, recuperando datas, personagens e fatos. A mesma narrativa deve ser reproduzida pela mulher para diferentes profissionais, pois dela depende a sua aceitação como vítima. Assim, a mulher é interpelada por diferentes profissionais, em diferentes ocasiões – a repetição do ritual da confissão averigua as duas dimensões para a verdade do estupro: o acontecimento da violência e sua subjetividade como vítima.

A sequência de interpelações pelos testes de veridicação se expressa com variações locais. Um dos profissionais assim resumiu como funciona em seu serviço:

“...a mulher passa pela psicologia, pela assistente social, às vezes a gente já até adianta com o médico o ultrassom, e se tem dúvida faz o beta [exame de sangue]. Normalmente ela tá com atraso menstrual pequeno, não sabe se tá grávida ou não, e através do ultrassom que a gente vai verificar o efeito causal, conversa, vê se a data da violência bate com a idade da gestação, então, essa é nossa rotina... aí a gente vai escutar, vai fazer aquela escuta e vai chegar a um consenso...”

O consenso não apenas atesta o nexo causal como distribui entre a equipe a produção da verdade para a qualificação da mulher como vítima. No caso desse serviço, antes do consenso, a mulher deve se dirigir a uma delegacia e registrar um BO, para então solicitar uma autorização judicial. O consenso, assim, é uma categoria policial, judicial e biomédica.

Mas ser vítima de estupro, ou seja, atestar o acontecimento da violência, não é suficiente para garantir à mulher o direito ao aborto legal: é preciso ainda assegurar que a gestação tenha sido resultado do estupro narrado. Nas palavras de um profissional, “têm muitos casos também que a gente descarta... ela teve a violência, mas já era uma mulher sexualmente ativa e pela idade gestacional e a data da violência não serem compatíveis, elas são encaminhadas pro acompanhamento pré-natal...”. Nesse momento de produção da verdade do estupro, não é mais à mulher que se interpela sobre seu estatuto de vítima, mas àquela gestação e à figura masculina como autor da violência.

Esse regime de suspeição é particularmente posto em prática para as mulheres em regime de conjugalidade heterossexual ou para aquelas descritas como “liberais” por um dos profissionais: “Quando é adolescente, quando a paciente tem algum estilo, tem uma tatuagem, usa piercing ou tem alguma questão, assim, sei lá, um paradigma mais liberal, eu acho que complica mais a situação”. “Complicar a situação”, em termos periciais, significa ampliar os testes de veridicação sobre o acontecimento da violência.

Como toda prática coletiva, há fissuras na sua atualização, inclusive com posições de rejeição e estranhamento. Outro profissional do mesmo serviço do profissional que indicou maior alerta à narrativa das “mulheres com paradigma mais liberal” ironizou esse regime de veridicação: “A mulher precisa chegar com uma história convincente que caiba dentro do preconceito das pessoas”. O território da cena do estupro é um dos moduladores para o teste de verdade – se o estupro foi cruel, maiores são as chances de a mulher falar a verdade¹⁴; porém, se “ela chega dizendo que a violência aconteceu dentro de casa, as pessoas têm dificuldade de compreender que a violência sexual acontece de forma conjugal”. A casa é relativizada de acordo com o estatuto civil da mulher – se casada, o estupro é suspeito; se filha e criança, o estupro move práticas de compaixão e facilita a construção do lugar da mulher como vítima. A compaixão é outro modulador ativo das práticas periciais e dos regimes de construção da verdade do estupro. Para animá-la, a subjetividade

da vítima entra em cena para a identificação final da verdade do estupro.

A subjetividade da vítima

O nexo causal garante que a gestação foi resultado do estupro – mas esse é apenas o primeiro teste de verdade, aquele em que a tecnologia médica atua como prova pericial. O ultrassom e o exame de sangue são registros periciais dos resultados da aprovação da mulher nos testes do nexo causal. Mas é preciso ainda que a mulher se comporte como vítima. Um dos profissionais, ao contestar a soberania do teste do nexo causal para a verdade do estupro, assim descreveu o sentido do “comportamento” como um modulador da verdade:

“...teria algo no comportamento da mulher que não condizia com uma situação de estupro, que não seria o fato de contar uma história confusa, porque essa confusão era normal, que em situação de trauma isso acontece, que também não é a diferença entre a data da última menstruação e a data da violência, porque nem toda mulher lembra quando ficou menstruada, mas que seria algo no comportamento da mulher, é a forma de contar a violência que leva a equipe a perceber que ela estaria mentindo...”.

O profissional fez questão de frisar que casos de mulheres que mentem, ou seja, que se apresentam fora do comportamento de vítima, seriam raros; ainda assim, tanto fez uso da categoria do trauma para proteger as mulheres que falharam no teste do nexo causal quanto demonstrou acreditar ser a ausência do trauma o que levantaria suspeções sobre o estatuto da vítima. Pois é exatamente da ambiguidade da categoria do trauma que a subjetividade da vítima é averiguada.

O trauma como categoria moral para a efetivação de direitos sociais vem sendo analisado por Didier Fassin¹⁵⁻¹⁷. Em seu entender, o trauma não é simplesmente a consequência de experiências insuportáveis, que não se conseguem negociar, é também um recurso que pode ser utilizado para garantir um direito¹⁵. O trauma é, em si mesmo, um testemunho do que aconteceu ao corpo, e é por meio dele que a mulher pode ser legitimada como vítima.

O sofrimento convertido em trauma passa a ser possível, passa a ser visível e a existir para quem o averigua, constituindo elemento fundamental para a caracterização da subjetividade da vítima¹⁶. A linguagem do trauma, portanto, favorece a criação de uma subjetividade específica – o comportamento

da vítima é o que permitiria reconstruir a factualidade do terror da violência, tendo em vista que o corpo da mulher violentada muitas vezes alcança os serviços de saúde sem as marcas do estupro.

A história de uma menina de 11 anos contada por um dos profissionais demonstra as tensões entre determinações legais – presunção de violência para menores de 14 anos, segundo o Código Penal¹ – e práticas de verificação pela verdade do estupro:

“...o que me marcou muito foi uma menina de 11 anos grávida que ela engravidou e o profissional de saúde do plantão e do outro plantão no final de semana não realizaram o aborto porque a menina não teria sido agredida fisicamente no ato sexual, então não era estupro. O pessoal do plantão, dois plantões seguidos, se recusou a fazer porque achava que ela gostara, a menina era safadinha...”.

O profissional fez uso de uma retórica de exemplificação comum nas entrevistas: os casos mais tensos para o *ethos* da exceção punitiva foram narrados como de outros plantões, outros profissionais, como histórias compartilhadas dos serviços, sem as identidades de seus agentes.

O trauma é uma categoria psíquica para a mensuração do sofrimento e para o cuidado da mulher vítima de violência¹⁷. No entanto, aqui exploramos sua dimensão moral para a construção da verdade do estupro e, consequentemente, para a passagem da mulher à condição de vítima. O trauma obliteraria a experiência. Ao se centrar na categoria trauma e em suas respostas no corpo e na subjetividade, a soberania do testemunho, ou, nas palavras dos documentos normativos, a narrativa da mulher perderia legitimidade. Não importaria mais o evento sofrido, mas sim o trauma.

A verdade do evento sai de cena para que a subjetividade da vítima apareça. Nesse sentido, a história narrada depende de a mulher ser reconhecida como vítima pela equipe. Nessas tensões e mesmo contradições, Fassin e Rechtman demarcam as operações morais do trauma, em que se reinventam boas e más vítimas e se define quem é ou não legitimado para ter o *status* de vítima, independentemente dos fatos narrados¹⁷.

Mesmo para aqueles profissionais que partem do trauma como uma categoria psíquica nosológica para o cuidado em saúde mental, desloca-se a causalidade da violência para a moralidade do aborto como crime contra a vida, ou seja, atualiza-se a soberania do regime de exceção punitivo: *“Era um sofrimento que não parecia sofrimento. Porque es-*

sas mulheres, por mais que elas não desejem a gestação e queiram interromper, elas sofrem com isso, né? Porque você vai interromper uma vida. Então a maioria tá fragilizada...". Ou seja, a tipicidade do sofrimento se expressaria também pelo reconhecimento da mulher de que o aborto é uma exceção moral – a fragilização da vítima não é reconhecida apenas como resultado da violência sofrida, mas pelo gesto de desafiar a ordem moral punitiva que classifica o aborto como um crime contra a vida.

Mesmo em serviços em que a retórica dos direitos é mais clara, a dupla dimensão investigativa da verdade do estupro – acontecimento da violência e subjetividade da vítima – guia a fase de acolhimento da mulher pelas equipes de saúde. É como uma figura detentora da verdade que a mulher é inquirida pelas equipes – e não imediatamente como uma vítima detentora de um direito. Seu sofrimento move a compaixão, mas também aciona táticas de saber para a investigação da verdade. A mulher se transformará em vítima se aprovada nos testes de veridicação a que se submeterá. Uma explicação para esse regime investigativo é o caráter de exceção da lei punitiva: mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados, pelo estigma imposto aos serviços, pela ameaça persecutória e pela moral hegemônica do aborto como um ato violador, a atualizar táticas e práticas periciais.

Considerações finais

Foram coletados dados em cinco serviços de referência em aborto legal no Brasil para conhecer como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima de violência sexual tenha acesso ao aborto legal. Exceto por um dos serviços, há homogeneidade de práticas e discursos de suspeição. Ao contrário do que determinam as normas técnicas do Ministério da Saúde, a verdade do estupro para o acesso ao aborto legal não se resume a uma narrativa íntima e com presunção de veracidade, mas é uma construção moral e

discursiva produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços.

Apesar de algumas diferenças específicas entre os serviços, pode-se afirmar que quase todos funcionam sob um regime constante de suspeição à narrativa da mulher sobre o estupro. Esse regime se expressa pelo *ethos* de exceção à lei penal e pelo medo que os profissionais têm de serem enganados. A palavra da mulher, nesse sentido, é colocada sob suspeita e não é suficiente para o acesso ao serviço de aborto. A mulher precisará passar pelos testes de veridicação das equipes de saúde para que tenha seu direito legitimado e seja reconhecida como vítima. Para tanto, terá de contar uma história que apresente relação de causalidade entre o acontecimento do estupro e a gravidez e, além disso, necessitará apresentar traços subjetivos que a caracterizem como vítima.

A busca por uma subjetividade específica de vítima faz com que a soberania do testemunho da mulher, ou seja, sua palavra, perca a legitimidade. É por meio da interrogação de seu corpo – seus gestos, sentidos, prazeres –, e não só de sua história, que a mulher será reconhecida como *verdadeira* vítima. O fato de a palavra da mulher não bastar e de ela ter de passar pelos testes de veridicação dos serviços de saúde acaba por privá- la da soberania pela verdade.

É, portanto, nessa relação entre o corpo das mulheres e os mecanismos de poder que o investigam, aqui representados pelos saberes médicos e psicosociais, que a engrenagem dos serviços se pauta. O poder pericial é exigido das equipes, não por ausência da necessidade de apresentação de documentos policiais e autorização judicial – mesmo quando a mulher apresenta tais documentos, ela ainda é interpelada para a produção de verdade –, mas por uma economia moral em curso e pelo regime de exceção da lei penal ao aborto. Como guardiões da lei e da moral e responsáveis pela decisão sobre o direito ao aborto – os serviços de aborto legal – sentem-se cobrados a policiar não só os corpos das mulheres, mas também seus próprios regimes de funcionamento e suas práticas de assistência.

Estudo realizado no âmbito da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e financiado pelo Safe Abortion Action Fund da International Planned Parenthood Federation.

Referências

1. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União. 31 dez. 1940 (acesso 24 abr. 2014). Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil

2. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. O Tribunal julgou procedente a ação para declarar a constitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II, todos do Código Penal. Diário da Justiça Eletrônico. 12 mar. 2012 (acesso 2 maio 2014);(78). Disponível: <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>
3. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):471-5.
4. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei: relatório final. Femina. 1996;25:1-8.
5. Talib R, Citele MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005. (Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir, nº 13).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 4).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 6).
9. Colás O, Aquino NMR, Mattar R. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(9):443-5.
10. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Andalaf-Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(4):192-9.
11. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: NAU; 2002.
12. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1997.
13. Instituto Antônio Houaiss. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Ed. eletrônica. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
14. Segato RL. Las estructuras elementales de la violencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2003.
15. Fassin D, D'Halluin E. The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. Am Anthropol. 2005;107(4):597-608.
16. Fassin D. The humanitarian politics of testimony: subjectification through trauma in the israeli-palestinian conflict. Cultural Anthropol. 2008;23(3):531-58.
17. Fassin D, Rechtman R. The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood. New Jersey: Princeton University Press; 2009.

Participação dos autores

Todas as autoras participaram igualmente das fases de concepção, levantamento de dados, redação e revisão do artigo.

