

# ABORTO E (NÃO) DESEJO DE MATERNIDADE(S):

QUESTÕES PARA A PSICOLOGIA



VALESKA ZANELLO & MADGE PORTO (ORGS)



# ABORTO E (NÃO) DESEJO DE MATERNIDADE(S): questões para a Psicologia

*Valeska Zanello & Madge Porto (Orgs)*

**1ª EDIÇÃO**

BRASÍLIA - DF  
2016



Conselho  
Federal de  
Psicologia

# XVI PLENÁRIO GESTÃO 2013/2016

## DIRETORIA

**Rogério de Oliveira Silva**

Presidente

**Meire Nunes Viana**

Vice-Presidente

**Vera Lucia Morselli**

Secretária

**Maria da Graça Corrêa Jacques**

Tesoureira

## CONSELHEIROS EFETIVOS

**Madge Porto Cruz**

**Sergio Luis Braghini**

**Lurdes Perez Oberg**

Secretária Região Sudeste

**Dorotéa Albuquerque  
de Cristo**

Secretária Região Norte

## PSICÓLOGOS CONVIDADOS

**Nádia Maria Dourado Rocha**

**Rosano Freire Carvalho**

conselheiros suplentes

**Viviane Moura de**

**Azevedo Ribeiro**

**João Carlos Alchieri**

Suplente Região Nordeste

**Roberto Moraes Cruz**

Suplente Região Sul

## PSICÓLOGOS CONVIDADOS

### SUPLENTES

**Jefferson de Souza Bernardes**

### COLETIVO AMPLIADO

**Ana Maria Jacó-Vilela**

Memórias da Psicologia

**Bárbara de Souza Conte**

Psicoterapia

**Carla Andréa Ribeiro**

Assistência Social

**Luciana Ferreira Ângelo**

Psicologia do Esporte e da Atividade Física

**Marco Aurélio Máximo Prado**

Direitos Humanos

**Raquel Guzzo**

Educação e Assistência Social

**Rodrigo Torres Oliveira**

Psicologia Jurídica

**Silvia Koller**

Relações com a BVS-PSI

**Tânia Grigolo**

Saúde Mental

**Vera Paiva**

Direitos Humanos

### COORDENADOR GERAL

**José Carlos de Paula**

ORGANIZADOR



**1ª EDIÇÃO**

BRASÍLIA - DF  
2016

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

**Disponível também em:** [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)

1ª edição – 2016

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Agência Movimento

REVISÃO

Conselho Federal de Psicologia

CAPA

Marcelo Coutinho

COORDENAÇÃO GERAL/CFP

José Carlos de Paula

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Maria Goes de Mello

André Martins de Almeida (*Editoração*)

GERÊNCIA TÉCNICA

Lislly Telles de Barros

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição

Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2,

Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília-DF

(61) 2109-0107

E-mail: [eventos@cfp.org.br](mailto:eventos@cfp.org.br)

**[www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)**

Impresso no Brasil – Dezembro de 2016

Catálogo na publicação

Biblioteca Miguel Cervantes

Fundação Biblioteca Nacional

Conselho Federal de Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s): questões para a Psicologia / ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2016. 178p.

ISBN: 978-85-89208-78-9

1. Aborto 2. Psicologia 3. Feminismo 4. Saúde da Mulher



# Prefácio

---

A interrupção voluntária da gravidez ou abortamento induzido é um problema de saúde pública no Brasil. Mais do que suscitar opiniões pessoais, necessitamos debater-lo à luz dos estudos que descrevem e/ou registram a prevalência do abortamento na população utilizando métodos de pesquisa reconhecidos para lidar com a especificidade do fenômeno. Dessa forma, destacamos o estudo apresentado na Pesquisa Nacional de Aborto, o qual aponta que uma dentre cada cinco brasileiras já fez pelo menos um aborto na vida. No entanto é importante destacar que, das mulheres que abortam, são as pobres (e negras) as mais atingidas pela desigualdade de acesso a formas seguras de interrupção de gravidez.

Quanto aos abortamentos que são previstos em lei nos casos de gravidez decorrente de estupro, grave risco de vida à mulher/mãe e, mais recentemente, casos de anencefalia, o Estado brasileiro disponibiliza o acesso pelo Sistema de Único de Saúde (SUS). Contudo, mesmo nesses casos os estudos apontam que a mulher depara-se com grandes barreiras de acesso, além do estigma e de vários fatores que acabam por dificultar a obtenção do direito.

A interrupção da gravidez toca em pelo menos dois pontos tabus em nossa cultura: de um lado, a discussão sobre quando se deve reconhecer aquela potência de vida dentro da mulher como sujeito e, por outro lado, a maternidade e os valores e ideais que a cercam, um tema importante a todos nós psicólogas e psicólogos.

Tem a Psicologia refletido criticamente sobre o conceito de “maternidade”? Como tem sido pensada a mulher que não deseja ser mãe? A que não ama seus filhos? A que decide interromper uma gravidez?

A presente coletânea, mais do que responder a estas questões, tem como intuito fomentar o debate e levar, às psicólogas e aos psicólogos, reflexões de profissionais que têm se debruçado sobre o tema.

*As organizadoras.  
Primavera de 2016*



# Sumário

---

## 13 PARTE 1 | SOBRE O ABORTO NO BRASIL

### 15 Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido, por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013<sup>1</sup>

» *Mario Francisco Giani Monteiro;  
Leila Adesse; Jefferson Drezett*

### 28 Aborto: problema legal ou moral?

» *Teresinha Inês Teles Pires*

### 51 Direito e aborto

» *José Henrique Rodrigues Torres*

### 60 Aborto e violência sexual

» *Jefferson Drezett*

### 67 Anencefalia e malformações fetais

» *Thomaz Gollop*

### 75 Estigma e complicações do abortamento induzido

» *Leila Adesse e Mario F. G. Monteiro*

**81** Da clínica da assistência à clínica da perícia: sobre os serviços de aborto legal no Brasil

» *Vanessa Canabarro Dios*

**101** PARTE 2 | O MITO DO AMOR MATERNO PERSISTE NA PSICOLOGIA?

**103** Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia

» *Valeska Zanello*

**123** Mães ofensoras: Loucas? Más? Desconstruindo o mito da maternidade <sup>52</sup>

» *Aline Xavier e Valeska Zanello*

**143** Ainda é proibido não ser mãe? A não maternidade tratada nas publicações científicas da Psicologia

» *Zeidi A. Trindade, Sabrina Mantuan S. Coutinho e Mirian B. Cortez*

**167** ANEXO 1 | Lista dos periódicos das bases PePsic e Scielo, consultados em janeiro de 2016.

**171** SOBRE AS ORGANIZADORAS



PARTE 1

**SOBRE O ABORTO  
NO BRASIL**

---



# Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido, por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013<sup>1</sup>

---

*Mario Francisco Giani Monteiro; Leila Adesse; Jefferson Drezett*

<sup>1</sup> Artigo originalmente publicado na revista *Reprodução & Climatério*, no. 64, 2015. Autorizada a reprodução no livro, desde que citada a publicação original. Os autores declaram que não há conflito de interesse neste estudo.

Agradecimentos ao apoio do Grupo e Estudos do Aborto - GEA, da OPAS e do CEPESC/IMS/UERJ para a publicação deste trabalho.

Em 1991, as estimativas do número de abortos no Brasil variavam entre 300 mil e 3,3 milhões de abortos ilegais praticados a cada ano (Fonseca et al, 1996 e Singh; Wulf, 1991). Em 1994, o Alan Guttmacher Institute (AGI) publicou os resultados de uma investigação sobre aborto induzido na América Latina, estimando para o ano de 1991 o total de 1.443.350 abortos induzidos no Brasil e taxa anual de 36,5 abortos induzidos por 1000 mulheres de 15 a 49 anos (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Esta taxa no ano 2000 na Europa era de 3/1000, na América do Sul era 39/1000 (WHO, 2004) e nossa estimativa para o Brasil, utilizando o método proposto pelo AGI, no ano 2000, era de 22,3/1000 (Monteiro; Adesse, 2006). A repercussão

nacional e internacional da investigação sobre aborto induzido na América Latina recolocou esta discussão em pauta.

Singh e Wulf (1991 e 1994), em seus trabalhos sobre a prática do aborto no Brasil, Colômbia, Chile, República Dominicana, México e Peru, relacionam algumas destas práticas de maior risco de trauma voluntário (quedas, socos, atividade físicas excessivas), substâncias cáusticas inseridas na vagina (cloro, cal, sais de potássio), objetos físicos inseridos no útero (cateter e objetos pontiagudos como arame, agulhas de tecer e cabides), entre outras práticas (Singh; Wulf, 1991; 1994).

A diminuição da taxa de aborto induzido pode estar associada a diversos fatores que foram observados na Síntese de Indicadores Sociais – 2005, como o aumento da escolaridade da população feminina, redução da taxa de fecundidade total e maior cobertura das medidas anticoncepcionais, diminuindo o número de gravidezes indesejadas (IBGE, 2006).

É bastante provável que esta redução da taxa de fecundidade total seja consequência da elevada percentagem de mulheres em idade fértil esterilizadas, observada na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (Ministério da Saúde, 2009), de 1996 e 2006.

A cobertura de utilização de anticoncepcionais foi ampliada de 1996 para 2006, e a proporção de mulheres que não usavam nenhum método diminuiu em 1/5, passando de 22,1% para 18,4%.<sup>5,9</sup> O objetivo deste trabalho é atualizar as estimativas realizadas em 2006 sobre as estimativas de aborto induzido no Brasil e regiões.

## MÉTODO

Para manter a comparabilidade histórica e com estimativas realizadas em outros países, utilizamos o método proposto pelo Instituto Alan Guttmacher (AGI) no estudo sobre aborto na América Latina, em 1994 (The Alan Guttmacher Institute, 1996), aceito e utilizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004).

A metodologia proposta pelo AGI é considerada válida utilizada pela OMS para regiões onde o aborto induzido é criminalizado e as estimativas precisam ser feitas de maneira indireta, através das intenações por complicações do aborto, como sugerido por Singh e Wulf (1994).

## FONTE DOS DADOS PRIMÁRIOS

As internações por aborto, registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), período de 1995 a 2013 para o Brasil e grandes regiões, foram obtidas no sítio [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Estas internações foram desagregadas por grandes regiões do Brasil e por faixa etária.

## ESTIMATIVAS DO NÚMERO DE ABORTOS INDUZIDOS

Para diminuir o erro, o número de abortos induzidos foi estimado por intervalo entre um Limite Superior, multiplicando-se por cinco o número de internações por abortamento registradas no SIH-SUS, e um Limite Inferior, multiplicando-se por quatro o número de internações.

Utilizamos as hipóteses propostas na investigação do AGI (The Alan Guttmacher Institute, 1996) que, no Brasil, há sub registro de 12,5% e a proporção de abortos espontâneos é de 25%. Assim, a estimativa foi obtida aplicando-se a seguinte equação para o Limite Superior (LS) do número de abortos:

$$\text{LS} = \text{NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTO} \times 5 \times 1,125 \times 0,75$$

Para o Limite Inferior (LI) das estimativas, assumimos a proporção de uma internação para cada quatro abortos, ou seja, 25% das mulheres que induziram o aborto tiveram que ser hospitalizadas por complicações. A fórmula do Limite Inferior ficou assim:

$$\text{LI} = \text{NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTO} \times 4 \times 1,125 \times 0,75$$

## INDICADORES

Estimativas dos LS e LI do número anual de abortos induzidos de 1995 a 2013 para as grandes regiões e grupos etários das mulheres em idade fértil. Estimativas dos LS e LI das taxas anuais de aborto por mil mulheres de 15 a 49 anos de 1999 a 2013 para as grandes regiões e grupo etário das mulheres em idade fértil. Estimativas dos LS e LI das razões anuais de abortamento por cem nascidos vivos

para as grandes regiões e grupo etário das mulheres em idade fértil. A série histórica inicia-se em 1999 porque, antes disso, os dados de nascimentos não são consistentes.

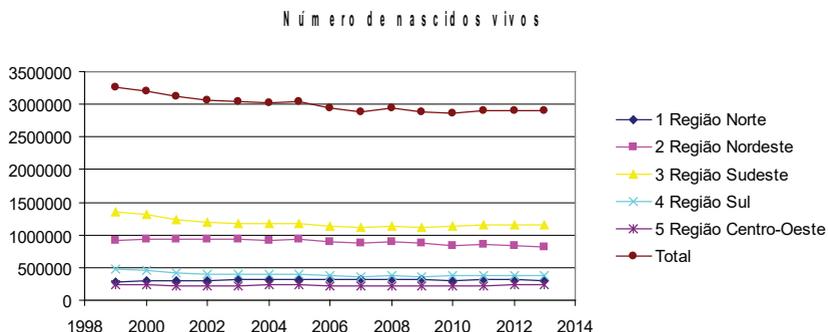
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 1995 a 2013, as internações de mulheres de 10 a 49 anos por complicações do aborto espontâneo e induzido diminuíram 27%. Neste período, as estimativas do número anual de abortos induzidos de mulheres com 15 a 49 anos diminuíram 26% (Tabela 1). Entre 1999 e 2013, as estimativas da razão de abortamentos induzidos na população de mulheres de 15 a 49 anos por 100 nascidos vivos diminuíram apenas 3%, justificado pelo número de nascidos vivos (Figura 1).

**Tabela 1** – Internações de mulheres com idade entre 10 e 49 anos segundo gestação terminada em aborto espontâneo e induzido. Brasil, 1995 e 2013.

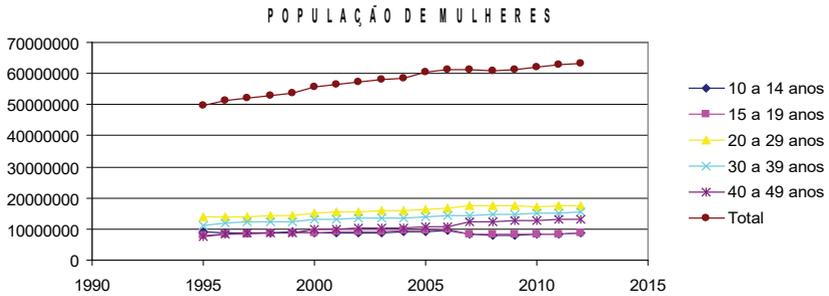
Ano	Número de internações	Ano	Número de internações
1995	279534	2005	249070
1996	251252	2006	232358
1997	243941	2007	226347
1998	227947	2008	216957
1999	242691	2009	222101
2000	245837	2010	219236
2001	247515	2011	210231
2002	245405	2012	206857
2003	241276	2013	205075
2004	251489	-	-

**Figura 1** – Evolução do número de recém-nascidos por região brasileira. Brasil, 1999 a 2013.



No entanto, de 1995 a 2013, as estimativas da taxa de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 49 anos diminuíram em 41%, justificado pelo aumento do número de mulheres no período, indicando que diminuiu o risco de gravidezes indesejadas para mulheres de 15 a 49 anos (Figura 2). Isto sugere que o aumento da prevalência de anticoncepcionais tem sido eficaz na redução dos abortos induzidos.

**Figura 2** – Evolução da população feminina brasileira por grupo etário. Brasil, 1995 a 2013.



Na tabela 2, constam as estimativas anuais do número de abortos induzidos entre mulheres com idade entre 15 a 49 anos, com os respectivos limites superior e inferior do número de casos.

**Tabela 2** – Estimativa do limite superior e limite inferior do número de abortos induzidos entre mulheres de 15 a 49 anos. Brasil, 1995 a 2013.

Ano	Limite Superior	Limite Inferior	Ano	Limite Superior	Limite Inferior
1995	1086708	864628	2005	1050764	835849
1996	1022309	813106	2006	980260	779444
1997	989963	787228	2007	954901	759155
1998	946810	752703	2008	915287	727461
1999	1023853	814335	2009	936989	744820
2000	1037125	824950	2010	924902	735148
2001	1044204	830611	2011	886912	704754
2002	1035302	823487	2012	872678	693364
2003	1017883	809549	2013	865160	687347
2004	1060969	844016	-	-	-

Na tabela 3, é possível verificar as estimativas por intervalo superior e inferior da razão de abortos induzidos entre mulheres com idade entre 15 a 49 anos, calculada por 100.000 nascidos vivos, no período de 1999 a 2013.

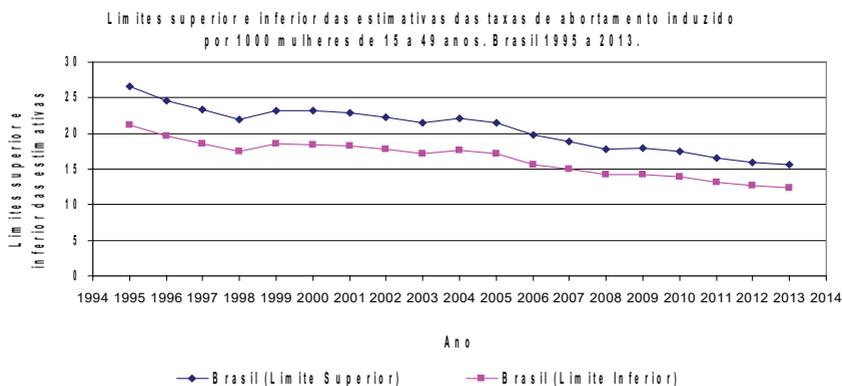
**Tabela 3** – Estimativa por intervalo inferior e superior da razão de abortos induzidos na população de mulheres com idade de 15 a 49 anos. Brasil, 1999\* a 2013.

Ano	Limite Superior	Limite Inferior	Ano	Limite Superior	Limite Inferior
1999	31	25	2007	33	26
2000	32	26	2008	31	25
2001	33	27	2009	32	26
2002	34	27	2010	32	26
2003	33	27	2011	30	24
2004	35	28	2012	30	24
2005	34	28	2013	30	24
2006	33	26	-	-	-

\* série histórica iniciada em 1999 devido sub registro de dados até o ano de 1998.

Na figura 3, encontram-se as estimativas das taxas de aborto induzido, calculadas por 1000 mulheres com idade entre 15 a 49 anos e por 100.000 nascidos vivos, apresentadas por ano, no período de 1995 a 2013. No período analisado, observa-se o declínio do limite superior da razão de aborto induzido de 27/1000, em 1995, para 16/1000, em 2013. O mesmo efeito é notado para o limite inferior, com decréscimo de 21/1000 para 12/1000 no mesmo período.

**Figura 3** - Variação dos limites inferior e superior da razão de aborto induzido calculada por 1000 mulheres entre 15 e 49 anos. Brasil, 1995 a 2013.



Entre os anos de 1995 a 2013, nas duas regiões com maior número de internações por complicações decorrentes do aborto espontâneo ou induzido houve redução sig-

nificante do número de casos. Na Região Nordeste a redução foi de 35% e na Região Sudeste foi de 27% (Tabela 5).

**Tabela 4 – Número de internações por aborto espontâneo ou induzido distribuídos segundo regiões brasileiras. Brasil, 1995 a 2013.**

Ano	Região				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1995	17146	101185	105403	20527	11334
1996	16202	93395	97583	19415	13734
1997	15384	90407	93595	19743	13532
1998	15426	80689	95387	17099	13830
1999	18585	83354	102971	20766	15016
2000	18737	84462	101707	23436	15495
2001	19329	88026	98884	23188	16087
2002	18704	87029	98994	22916	15760
2003	19634	82877	97096	23361	16305
2004	21980	87066	99258	23850	17331
2005	24844	86663	95506	22436	17616
2006	26008	80481	86866	20861	16136
2007	25170	78466	84736	20951	15017
2008	23300	73460	79820	23178	15191
2009	24505	74046	82286	23926	15329
2010	23704	74043	81493	23467	14519
2011	23015	69049	78630	23401	14125
2012	22585	67918	76479	24149	13714
2013	22308	65822	76785	23879	14268

Neste período, as estimativas do número anual de abortos induzidos entre mulheres com 15 a 49 anos repetiram as mesmas percentagens observadas para as internações nas duas maiores regiões, menos 35% no Nordeste e menos 27% no Sudeste.

Nos anos de 1999 a 2012, as estimativas da razão de abortos induzidos na população de mulheres entre 15 a 49 anos, calculada por 100 nascidos vivos, diminuíram 11% na Região Nordeste e 13% no Sudeste (Figuras 6 e 7). Menor redução foi verificada no Centro Oeste (5%) e aumento importante na Região Norte (13%) e Sul (41%), conforme tabela 6.

No entanto, de 1995 a 2012 as estimativas da taxa de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 49 anos diminuíram em todas as regiões, decorrência do aumento da população feminina em idade reprodutiva nesse período. Isto sugere que o aumento da cobertura de anticoncepcionais tenha sido eficaz na redução gestação indesejada e, conseqüentemente, dos abortos induzidos (Tabela 7).

**Tabela 5** – Estimativa dos limites inferior e superior da razão de abortos induzidos entre mulheres de 15 a 49 aos por 100 nascidos vivos e por região. Brasil, 1999 a 2012.

Ano	Norte		Nordeste		Região Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS
1999	22,0	27,5	30,7	38,4	25,7	32,2	14,9	18,6	21,6	27,1
2000	21,8	27,2	30,8	38,5	26,3	32,8	17,5	21,9	22,5	28,1
2001	21,8	27,2	31,5	39,4	27,1	33,9	18,8	23,5	23,9	29,8
2002	21,0	26,2	31,6	39,5	28,0	34,9	19,0	23,8	23,4	29,3
2003	21,3	26,6	30,1	37,6	27,7	34,7	20,2	25,3	24,4	30,4
2004	24,0	30,0	32,3	40,3	28,4	35,5	20,2	25,3	25,5	31,8
2005	26,6	33,3	31,6	39,5	27,5	34,4	19,3	24,1	25,7	32,1
2006	27,6	34,6	30,6	38,3	25,7	32,2	18,6	23,2	24,6	30,7
2007	27,2	34,1	30,1	37,7	25,5	31,8	19,5	24,4	23,5	29,4
2008	24,4	30,5	27,9	34,9	23,8	29,8	21,1	26,3	23,0	28,8
2009	26,6	33,3	28,9	36,1	24,8	31,0	22,0	27,6	23,5	29,4
2010	26,1	32,6	29,7	37,1	24,5	30,6	21,4	26,8	22,2	27,7
2011	24,8	30,9	27,4	34,2	23,2	29,0	20,9	26,1	21,0	26,3
2012	24,7	30,9	27,5	34,4	22,4	28,0	21,4	26,7	20,1	25,1

LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

Entre 1995 e 2013 é notável a redução do número de internações em consequência de complicações do aborto, tanto espontâneo como induzido, nas faixas de 20 a 29 anos (-38%) e de 15 a 19 anos (-35%), principalmente a partir de 2005. Nas demais faixas a redução foi menor e de 35 a 39 anos não se observa redução (tabela 7).

A mesma situação é observada nas estimativas do número de abortos induzidos. É considerável a percentagem de abortos no grupo de mulheres de 40 a 49 anos, no qual a percentagem de abortos induzidos oscila ao redor de 80%. Grande parte das mulheres nessa faixa etária tem o número de filhos desejados (tabela 8). Em consequência da diminuição da fecundidade entre 1999 e 2013 e do número de nascimentos vivos (denominador da razão de abortos/100 nascidos vivos), a redução no número de abortos induzidos não tem efeito significativo sobre a razão de abortos induzidos por 100 nascidos vivos. A maior redução ocorreu no grupo de 20 a 29 anos (-10%), conforme tabela 9. Em consequência da diminuição da fecundidade entre 1999 e 2013 e do número de nascimentos vivos (denominador da razão de abortos/100 nascidos vivos), a redução no número de abortos induzidos não tem efeito significativo sobre a razão de abortos induzidos por 100 nascidos vivos. A maior redução ocorreu no grupo de 20 a 29 anos (-10%), conforme tabela 10.

**Tabela 6 – Estimativa dos limites inferior e superior da taxa de abortos induzidos entre mulheres de 15 a 49 aos por 1000 mulheres e por região. Brasil, 1995 a 2013.**

Ano	Regiões									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS
1995	23	29	31	38	20	25	11	14	14	17
1996	21	26	28	35	18	22	10	13	16	20
1997	19	23	26	33	17	21	10	13	15	19
1998	18	23	23	29	17	21	9	11	15	19
1999	21	26	23	29	18	23	11	13	16	20
2000	20	25	23	29	18	22	12	15	16	20
2001	20	25	24	30	17	21	12	14	17	21
2002	19	24	23	29	17	21	11	14	16	20
2003	19	24	22	27	16	20	11	14	16	20
2004	21	26	22	28	16	20	11	14	17	21
2005	23	29	22	27	15	19	11	13	16	21
2006	23	29	20	25	14	17	10	12	15	18
2007	22	27	19	24	13	17	10	12	13	17
2008	20	24	17	22	12	15	11	13	13	17
2009	20	25	17	22	13	16	11	14	13	16
2010	19	24	17	21	12	15	11	13	12	15
2011	18	22	16	20	12	15	10	13	12	14
2012	17	21	15	19	11	14	11	13	11	14
2013	16	21	14	18	11	14	10	13	11	14

LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

**Tabela 7 – Número de internações por aborto espontâneo e induzido distribuídos segundo idade. Brasil, 1995 a 2013.**

Ano	Faixa Etária (em anos)				
	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49
1995	3034	56190	144547	61756	14007
1996	2922	50973	130894	54931	12458
1997	3103	50637	126618	53176	11513
1998	2728	47335	118803	49278	10533
1999	2866	49942	126726	52845	11179
2000	3173	49387	128240	54818	11392
2001	3170	49779	129548	54651	11536
2002	3054	47624	129212	55155	11412
2003	2972	45436	127348	54920	11569
2004	2734	46770	132313	57973	12429
2005	2781	46557	129678	58359	12471
2006	2947	42516	119408	56168	12260
2007	2912	39864	115551	56602	12323
2008	2968	36873	108925	56482	12669
2009	3073	37148	110363	59357	13224
2010	3016	36076	106988	60982	13180
2011	2971	35118	99808	60280	13014
2012	2918	35011	95987	60998	12849
2013	2793	34581	93564	62018	12899

**Tabela 8 - Estimativa dos limites inferior e superior do número de abortos induzidos, segundo faixa etária. Brasil, 1995 a 2013.**

Ano	Faixa Etária (em anos)									
	10 - 14		15 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49	
	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS
1995	10240	12800	189641	237052	487846	609808	208427	260533	47274	59092
1996	9862	12327	172034	215042	441767	552209	185392	231740	42046	52557
1997	10473	13091	170900	213625	427336	534170	179469	224336	38856	48570
1998	9207	11509	159756	199695	400960	501200	166313	207892	35549	44436
1999	9673	12091	168554	210693	427700	534625	178352	222940	37729	47161
2000	10709	13386	166681	208351	432810	541013	185011	231263	38448	48060
2001	10699	13373	168004	210005	437225	546531	184447	230559	38934	48668
2002	10307	12884	160731	200914	436091	545113	186148	232685	38516	48144
2003	10031	12538	153347	191683	429800	537249	185355	231694	39045	48807
2004	9227	11534	157849	197311	446556	558195	195659	244574	41948	52435
2005	9386	11732	157130	196412	437663	547079	196962	246202	42090	52612
2006	9946	12433	143492	179364	403002	503753	189567	236959	41378	51722
2007	9828	12285	134541	168176	389985	487481	191032	238790	41590	51988
2008	10017	12521	124446	155558	367622	459527	190627	238283	42758	53447
2009	10371	12964	125375	156718	372475	465594	200330	250412	44631	55789
2010	10179	12724	121757	152196	361085	451356	205814	257268	44483	55603
2011	10027	12534	118523	148154	336852	421065	203445	254306	43922	54903
2012	9848	12310	118162	147703	323956	404945	205868	257335	43365	54207
2013	9426	11783	116711	145889	315779	394723	209311	261638	43534	54418

LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

## CONCLUSÃO

Os dados apontam para modificações significativas nos números do aborto induzido no Brasil. Tanto a razão de aborto por 100 nascimentos vivos como a taxa de abortos induzidos por 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos mostraram decréscimo no período estudado.

Embora as evidências encontradas neste estudo sejam favoráveis, principalmente ao considerar a frequente associação do aborto induzido com procedimentos clandestinos, a magnitude do aborto no país ainda aponta para um grave problema de saúde pública, com potencial de influenciar a razão da mortalidade materna.

**Tabela 9 - Estimativa dos limites inferior e superior da razão de abortos induzidos por 100 nascidos vivos, segundo faixa etária, em percentagem. Brasil, 1999 a 2013.**

Ano	Faixa Etária (em anos)									
	10 - 14		15 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49	
	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS
1999	35	44	23	29	25	31	27	34	65	82
2000	37	46	23	29	25	31	28	35	64	80
2001	38	48	24	30	26	33	29	36	65	81
2002	37	47	24	30	26	33	29	36	65	81
2003	37	46	24	30	26	32	29	36	65	81
2004	35	44	25	31	27	34	30	37	67	84
2005	35	44	25	31	27	33	30	37	68	85
2006	36	45	24	30	25	32	29	36	66	83
2007	35	44	23	29	25	31	29	36	67	83
2008	35	44	22	27	23	29	27	34	67	84
2009	37	47	23	29	24	30	28	35	70	88
2010	38	47	23	29	24	30	28	35	69	87
2011	36	45	22	28	22	28	26	33	66	83
2012	35	44	22	28	22	28	26	32	64	80
2013	33	41	22	27	22	28	25	31	62	78

LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

**Tabela 10 - Estimativas dos limites inferior e superior da taxa de abortos induzidos por 1000 mulheres, segundo faixa etária. Brasil, 1995 a 2013.**

Ano	Faixa Etária (em anos)							
	15 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49	
	LI	LS	LI	LS	LI	LS	LI	LS
1995	24	30	35	43	19	23	6	8
1996	21	26	32	40	16	19	5	6
1997	20	25	30	38	15	18	4	6
1998	19	23	28	35	13	17	4	5
1999	19	24	29	37	14	18	4	5
2000	19	23	29	36	14	18	4	5
2001	19	23	28	36	14	18	4	5
2002	18	22	28	35	14	17	4	5
2003	16	21	27	34	14	17	4	5
2004	17	21	28	35	14	18	4	5
2005	16	20	27	33	14	17	4	5
2006	15	18	24	30	13	17	4	5
2007	16	20	22	28	13	17	3	4
2008	15	19	21	26	13	16	3	4
2009	15	19	21	26	13	17	4	4
2010	14	18	21	26	14	17	3	4
2011	14	17	19	24	13	17	3	4
2012	14	17	18	23	13	17	3	4
2013	13	17	18	22	13	17	3	4

LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

## Referências Bibliográficas

---

Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. Grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis Comunicação em Saúde**. v.66, 2008, p.10-5. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis\\_66.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf)

Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 30, n.1, 1996, p. 13-8.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000100003>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 17. **Síntese de Indicadores Sociais 2005**. Rio de Janeiro Instituto: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006.

Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)

Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões. 1992-2005. In: **Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, Caxambú, 2006. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006\\_252.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_252.pdf)

Singh S, Wulf D. Estimating abortions levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospitals admissions and fertility survey data. **Int Fam Plan Persp**, v.17, n.1, 1991, p.8-13.

Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. **Int Fam Plan Persp**, v. 20, n.1, 1994, p.4-13.

The Alan Guttmacher Institute. **Clandestine abortion: a Latin American reality**. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.

The Alan Guttmacher Institute. **An overview of clandestine abortion in Latin America**. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1996. Disponível em:

<http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.html>.

World Health Organization. **Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated**. Geneve: World Health Organization, 2004.

# Aborto: problema legal ou moral?

---

*Teresinha Inês Teles Pires*

A reflexão que se apresenta abaixo partiu do interesse em investigar os fundamentos da defesa do direito ao aborto, do ponto de vista do direito constitucional. Há várias décadas se debate, no Brasil, a necessidade de descriminalizar a prática do aborto, entendendo-se que as liberdades individuais previstas na Constituição de 1988 asseguram o direito de escolha reprodutiva da mulher, diante de uma gravidez indesejada. Serão destacadas as teorias da democracia de Ronald Dworkin e John Rawls, a fim de demonstrar que o tema do aborto pode ser compreendido como uma questão de natureza ética, situada na esfera da livre decisão, no caso, das mulheres, no que diz respeito ao significado da vida pré-natal incipiente. Nesse sentido, o aborto é, genuinamente, um problema moral, inserido no direito à liberdade de consciência, sendo inadequada sua proibição, desde a fertilização do óvulo, com base em valores morais particulares, subjetivos, que não são adotadas por todas as pessoas. Daí, como se defenderá, advém a legitimidade do Poder Judiciário para rever as normas do Código Penal brasileiro, na parte relativa ao crime do aborto, a fim de adaptá-las ao ordenamento constitucional e às novas demandas femininas pelo respeito aos seus direitos reprodutivos.<sup>2</sup>

## SITUANDO O TEMA DO ABORTO NAS ESFERAS DA ÉTICA, DA MORAL E DA POLÍTICA

Adotando-se os argumentos que Ronald Dworkin desenvolve, em sua obra *“Justiça par Ouriços”*, fácil se torna perceber porque a admissibilidade moral da prática do aborto deve ser reconhecida pelos sistemas constitucionais democráticos. O autor procura apresentar um conteúdo objetivo ao princípio da dignidade humana, distinguin-

<sup>2</sup> Este artigo é parte da minha tese de doutoramento em Direito Público, perante o o Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), a qual foi defendida em 15/12/2015, obtendo a aprovação da banca, com distinção.

do, para tanto, as esferas do agir moral e político. Propõe, assim, a existência de três esferas, a da ética, a da moralidade pessoal e a da moralidade política. Os assuntos éticos são aqueles relacionados ao bem-estar individual, conferindo-se a cada pessoa o livre exercício ao direito à autodeterminação; os assuntos de moralidade pessoal envolvem os interesses dos outros, mas, neste caso, o juízo de valor sobre os deveres morais para com os outros também deve ser definido individualmente; os assuntos de moralidade política, ao contrário, são aqueles que, por configurarem interesses públicos legítimos, essenciais à organização político-democrática, pertencem ao campo do processo deliberativo, ou seja, do exercício da autoridade coativa do Estado (DWORKIN, 2011, p. 191 e 327-30).

Para se entender bem tal doutrina, esclareça-se que o princípio da dignidade humana, segundo Dworkin, possui dois requisitos: *i.* o “respeito próprio” (“*self-respect*”); e *ii.* a “autenticidade” (“*authenticity*”). O primeiro exige que cada um leve a sério sua responsabilidade de assegurar para si mesmo uma boa vida, e o segundo acrescenta a tal exigência o compromisso do indivíduo de preservar a coerência de suas escolhas com o seu próprio caráter ou modo de vida. Por outro lado, o “respeito próprio” inclui o respeito pela vida de todos os seres humanos, contendo em si as implicações, no âmbito da independência ética, das obrigações morais que temos para com a humanidade como um todo (DWORKIN, 2011, p. 203-4 e 209).

Na perspectiva de Dworkin, considerando essa estrutura dos deveres morais, em quais circunstâncias a mulher gestante está autorizada a optar pela realização do aborto? Melhor dizendo, em quais circunstâncias se pode afirmar a inexistência de uma obrigação moral de preservar a vida do embrião? Essa análise depende da compreensão que se adote acerca da extensão do princípio do “respeito próprio” aos interesses do nascituro. Se a ética e a moral se auto-complementam, a decisão da gestante de interromper a gestação, a fim de tornar possível sua qualidade de vida, se justifica em argumentos de moralidade pessoal, desde que a mulher empreenda esse juízo antes que o embrião se desenvolva ao ponto de inviabilizar a precedência dos seus interesses éticos.

A interrupção voluntária da gestação não é um ato imoral em caráter absoluto, tanto que existe quase um consen-

so em torno de sua aceitação, na hipótese do estupro. Se a mulher engravida, de forma voluntária ou involuntária, deve ser concedido a ela algum tempo do processo gestacional para que ela tome uma decisão? Ou, ao contrário, sua obrigação moral de preservar a vida do embrião não permite exceções sustentáveis em parâmetros éticos? Dificilmente é possível demonstrar que a vida do embrião é digna de respeito, no mesmo grau de imperatividade, não importando o período do seu desenvolvimento.

Sendo assim, até determinado estágio da gestação parece adequado propor que o aborto é moralmente admissível, considerando que os juízos morais relativos à exigência de igual respeito pela vida nascitura não se sobrepõem à responsabilidade da mulher de tornar possível uma vida boa para si própria. Em outros termos, com base no princípio da dignidade, a gestante tem a capacidade moral de avaliar a sua conduta, em matéria de decisão procriativa, nos primeiros estágios da gestação, tratando-se de uma prerrogativa compatível com os requisitos do “respeito próprio”. Em tais circunstâncias, o princípio do “respeito próprio” não impõe, sob o prisma da exigência de igual consideração pelos interesses dos outros, restrições à liberdade de escolha, não se caracterizando, portanto, as premissas da obrigação moral.

O melhor argumento a favor da liberalização do aborto, considerando a relação entre a ética e a moral, consistiria, portanto, na postulação de que o dever moral da gestante de preservar a vida do embrião não é impositivo, sobretudo quando isso acarretar uma redução significativa de suas chances de ter uma boa vida. Em diversas situações, a chegada de um filho atinge irreversivelmente os projetos pessoais de vida da mulher, ao ponto de transgredir seu dever ético de ter uma vida boa. O aborto pode ser interpretado, assim, como um requisito dos dois princípios da dignidade, o “respeito próprio” e a “autenticidade”. Sob o prisma da dignidade, aliás, ainda que a mulher decida praticar o aborto por motivos frívolos, trata-se de um juízo ético, razão pela qual a questão deve ser deixada à sua livre escolha.<sup>3</sup> Em tal enfoque, o aborto provocado, por exemplo, para salvar a vida da gestante e o aborto realizado por escolha da mulher são, igualmente, justificáveis enquanto decisões eticamente válidas.

Sendo assim, o Estado não pode restringir a escolha da mulher pela realização do aborto, desde o início da gestação, porque isto viola sua liberdade de consciência, atingin-

<sup>3</sup> Nas palavras de DWORKIN (2011, p. 378): “Uma mulher trai sua própria dignidade quando ela aborta por razões frívolas: para evitar remarcar um feriado, por exemplo. Eu faria um juízo ético diferente em outros casos: quando as perspectivas de uma adolescente de ter uma vida decente seriam arruinadas caso ela se tornasse uma mãe solteira, por exemplo. Mas se o juízo está certo ou errado, em quaisquer dos dois casos particulares, ele permanece sendo um juízo ético. Deve ser deixado a cada mulher, como sua dignidade exige, assumir a responsabilidade por suas próprias convicções éticas.”

do, portanto, a autonomia decisória, em matéria de planejamento reprodutivo. Não se constituindo o aborto um assunto de moralidade política, haja vista a ausência de interesse público no controle da procriação, a criminalização rígida de sua prática importa em exercício arbitrário do poder estatal.

### **O ABORTO COMO UM DIREITO MORAL E COMO UM DIREITO LEGAL**

Para se delinear a dimensão dos direitos morais, deve-se começar com a remissão à diferença entre princípios e regras jurídicas. A doutrina é por demais discutida pelos estudiosos do direito, bastando, aqui, apenas, explicitar sua importância. Dworkin considera a moralidade uma esfera determinada por princípios originários, que participam do sentido a ser atribuído às regras jurídicas. Para concretizar o conteúdo material das leis e as obrigações delas decorrentes, o intérprete recorre a juízos formulados sob a forma de princípios. Quer dizer, o caráter vinculante das leis requer sua validade em face de algum princípio reconhecido como sendo fundamental (DWORKIN, 1978, p. 5, 15, 21,73 e 76).

Em termos gerais, os direitos morais são aqueles cuja titularidade deriva dos princípios, e os direitos legais são aqueles assegurados pelas regras do direito positivo. Por meio das decisões baseadas em princípios, alguns direitos morais se transformam em direitos legais (MACCORMICK, 2006, p. 333). Dworkin apresenta uma concepção mais completa dos direitos morais, afirmando que eles se caracterizam não apenas por sua fundamentação em princípios, mas também pela centralidade das exigências da dignidade humana. Sempre que o Estado invade a esfera protegida do respeito próprio e da autenticidade está violando um direito moral individual. Os direitos morais não possuem uma conotação ontológica, e sim política. São direitos arguíveis contra o Estado e contra a opinião majoritária. As divergências relativas aos “direitos morais individuais” (“*individual moral rights*”) se distinguem das disputas políticas, em que a solução é obtida por meio do critério majoritário. Dworkin aproxima os direitos morais aos direitos constitucionais, e postula que o indivíduo precisa ser protegido contra as maiorias, mesmo diante de algum interesse coletivo importante (DWORKIN, 1978, p. 139-40, 143 e 146).

Certamente, o Direito não se identifica com a Moral, inserindo-se cada um em seu contexto argumentativo próprio. Os princípios morais precisam ser traduzidos para a linguagem jurídica, a fim de serem incorporados ao sistema normativo, o que se faz por intermédio dos direitos fundamentais. Tal tradução confere legitimidade à atividade jurisdicional, assentada na interpretação do Direito como um sistema de princípios (CHAMON JUNIOR, 2009, p. 181-182).

A especificidade do Direito, em relação à Moral, é bem explicitada por Dworkin logo no primeiro capítulo da obra “Levando os Direitos a Sério”. Efetivamente, o governo tem autoridade para impor obrigações legais, portanto, a instância da validade das regras jurídicas representa o alicerce do papel a ser exercido pelo direito na organização das sociedades políticas. Nem todos os direitos vinculados à autonomia ética podem ser contrapostos ao Estado, ou às maiorias, ou seja, nem todos os direitos individuais podem ser classificados como direitos morais. Muitas das obrigações impostas por lei são legítimas, e delimitam a esfera dos direitos morais. Dworkin esclarece que os juízes seguem as leis, ao proferirem suas decisões; porém, nem sempre eles estão apenas aplicando uma regra prévia a um novo caso jurídico. Muitas vezes, eles precisam apelar aos princípios da justiça, o que não quer dizer que estejam utilizando padrões pessoais de moralidade, e sim que suas decisões seguem regras de caráter mais abstrato. Nos casos difíceis, nos quais os juízes parecem estar criando novas regras, estão, na verdade, criando novos padrões de validade das regras estabelecidas. É nesse sentido que o juízo sobre a validade das regras, em uma abordagem não convencional do direito, envolve a análise dos princípios morais (DWORKIN, 1978, p. 4-5 e 7).

Em sua obra “O Império dos Direitos”, ao aperfeiçoar sua concepção do direito como integridade, Dworkin explicita melhor ainda a caracterização dos direitos como direitos legais. Ensina o autor que os direitos legais advêm das regras e decisões judiciais preexistentes, seja quando estão nelas explicitamente enunciados, seja quando derivam de “princípios de moralidade pessoal e política”, utilizados como pressupostos que justificam sua validade. Para definir o que é o direito, na prática jurídica, os juízes, por exemplo, refletem não sobre as regras jurídicas, pro-

priamente ditas, mas sobre seus fundamentos. O ato de interpretar é teoricamente estruturado e as novas dicções dos direitos são, em rigor, reafirmações de novos sentidos aos direitos já incorporados às regras jurídicas. Em geral, alguns “paradigmas” de análise são rejeitados, e outros, novos, são desenvolvidos. O cerne da interpretação consiste em justificar o exercício da autoridade coativa do Estado, levando-se em consideração as visões das minorias políticas. Trata-se de demonstrar os fundamentos por meio dos quais as leis conferem legitimidade à coação governamental. Em tal perspectiva, exige-se que o poder público assegure, de forma igualitária, determinados direitos fundamentais, permitindo-lhe restringir outros direitos que não estejam protegidos pela Constituição (DWORKIN, 1986, p. 4-6, 89-90, 96-7, 185 e 190-2).

A permeabilidade dos direitos morais permite sua transposição para a linguagem das liberdades individuais, fornecendo subsídios interpretativos para que os mesmos sejam reconhecidos na qualidade de direitos legais constitucionalmente garantidos. Os direitos morais básicos são inalienáveis, invioláveis e apoiam-se, segundo a teoria de Dworkin, em argumentos de princípios. Referindo-se a Dworkin, Neil MacCormick afirma que a função dos princípios é racionalizar as normas de modo a pavimentar o caminho para a averiguação de sua validade, tomando-se por pressuposto que as normas não são isentas de valores (MACCORMICK, 2006, p. 304-5). Pois bem, as normas proibitivas do aborto submetem-se ao sistema de princípios, razão pela qual as decisões, cujo objeto é determinar se tais normas se compatibilizam ou não com o esquema constitucional, devem partir da interação conceitual entre os direitos morais e os direitos legais. Guiando-se por essa interação, alguns direitos fundamentados em princípios jurídicos são passíveis de ser derivados das normas positivadas, no âmbito da interpretação constitucional (MACCORMICK, 2006, p. 308-9).

Desse modo, o direito ao aborto pode ser classificado como um direito moral, ou constitucional, que não deve ser invadido pela ação governamental, mesmo que a opinião majoritária considere sua prática um ato censurável, por emanar dos requisitos do princípio da dignidade humana. Os interesses da maioria, no caso, não competem com o direito moral da gestante de realizar o aborto. So-

mente direitos individuais de outras pessoas poderiam competir com esse direito ao ponto de justificar sua interdição. É preciso diferenciar os direitos da maioria dos direitos dos indivíduos que integram a opinião majoritária. Somente direitos individuais podem sobrepor-se a outros direitos individuais (DWORKIN, 1978, p. 194). A mulher que deseja realizar o aborto está protegida pelo princípio da dignidade, em especial, por seu direito moral à autenticidade e sua decisão não atinge o direito moral de outras pessoas que entendem, à luz dos seus valores pessoais, que o aborto é um ato condenável. As mulheres que integram a posição da maioria contrária ao aborto poderão, em caso de gravidez, agir autenticamente, optando por ter o filho, ainda que isso lhes exija grandes sacrifícios. Entretanto, não é um argumento moral adequado dizer que todas as mulheres devem ser impedidas de optar pelo aborto porque a maioria das pessoas, em dada sociedade, acredita que o ato é imoral.

O aborto é um direito moral individual sustentado na dignidade humana e inclui, assim, a pretensão de reconhecimento por parte das regras jurídicas, enquanto um direito de categoria constitucional. Isso porque, na acepção de Dworkin, direitos morais e direitos constitucionais são categorias intersectadas, embora não idênticas. Melhor explicando, o direito ao aborto deve ser reconhecido como um direito constitucionalmente assegurado, pois deriva de princípios de justiça subsumidos a determinadas normas de direitos fundamentais. Ou, ainda em outros termos, na medida em que o direito ao aborto está amparado por uma “concepção de filosofia moral e política” inserida na própria normatividade das cláusulas constitucionais da dignidade, da liberdade e da igualdade, sua garantia, em parâmetros adequados, é condição necessária para a validade das leis que restringem sua prática. As normas que proíbem o aborto desde o início da gestação não se conformam, nessa leitura, à exigência da efetividade dos direitos individuais e da dignidade humana. A justificação das leis deve partir do estabelecimento de um conteúdo satisfatório da dignidade em seu sentido ético, ou seja, do ponto de vista da responsabilidade de cada um de assegurar para si próprio uma vida boa (NINO, 2013, p. 492-3).

Na linguagem de Rawls, o direito ao aborto deve ser reconhecido com base na concepção dos cidadãos como

peças morais, ou seja, pessoas livres e iguais. Pessoas morais têm autonomia em grau suficiente para a adoção de visões individuais do bem, especialmente na determinação dos seus planos de vida. A capacidade para o senso de justiça, pelo qual as pessoas aderem a um sistema coletivo de justiça, não inviabiliza o direito igual ao exercício das liberdades fundamentais. Assim como Dworkin, Rawls lista as principais liberdades básicas e confere posição de destaque à liberdade de consciência e de religião (RAWLS, 2000, p. 333, 344-5 e 358-9). Afirma que os indivíduos têm liberdade de consciência quando não estão sujeitos a restrições na efetivação de “seus interesses morais, filosóficos ou religiosos” e quando os outros indivíduos têm o “dever jurídico de não intervir (RAWLS, 2008, p. 247-8).

É, claramente, perceptível a vinculação fundamental entre a perspectiva dos direitos morais e as liberdades de pensamento, de consciência e de crença. Daí se infere que a constitucionalidade do direito ao aborto pode ser justificada com suporte na inviolabilidade do direito de consciência, do ponto de vista da concretização de um sistema de justiça. Segundo Rawls, o acordo político não é razoável se excluir a autonomia para o exercício das capacidades morais, e isso se efetiva pela realização das concepções particulares do bem. Dentro dos limites da justiça como equidade, é importante ampliar o alcance do acolhimento de visões particulares, em assuntos específicos, sobre o conteúdo dos deveres morais (RAWLS, 2000, p. 121-2 e 363).

A mulher que reivindica o direito de praticar o aborto está pleiteando o reconhecimento de sua capacidade de compreender, com base em seus valores pessoais, o impacto da interrupção voluntária da gestação em sua vida como um todo. No mesmo passo, avalia o impacto negativo que a assunção da responsabilidade pelos encargos da maternidade pode produzir em sua vida. Se o embrião não possui ainda os direitos de personalidade, e se o prosseguimento da gestação e o nascimento futuro da criança levará a uma grande perda, em termos de expectativas de felicidade, a mulher é capaz de balancear todos os elementos éticos e morais envolvidos em sua escolha. Acredita-se que a mulher, com apoio na percepção que tem de si mesma enquanto agente moral, tem o direito de formular juízos valorativos no que concerne à impor-

tância da vida, cujo desenvolvimento apenas se inicia em seu ventre. Rawls chega a sugerir que a responsabilidade da pessoa pelo respeito ao seu próprio modo de vida justifica que se lhe permita até mesmo cometer erros, considerando a pressuposição do senso de justiça. O risco de enganar-se faz parte da construção do ser pessoa humana (RAWLS, 2000, p. 368-9).

Como destacado por Carlos Santiago Nino, na visão de Rawls, qualquer projeto ético racionalmente definido pelo indivíduo, na moldura dos iguais direitos de liberdade, é aceitável e não deve ser banido de um sistema de justiça. Isso, prossegue Nino, legitima a proteção de quaisquer “direitos instrumentais” para a realização daqueles projetos, tais como a liberdade de consciência e de expressão. A inviolabilidade da dignidade humana tem a extensão que se fizer necessária para a afirmação da autonomia em níveis que não conduzam à transgressão de outras liberdades ou direitos (NINO, 2013, p. 495-6).

Arrisca-se afirmar que o respeito à dignidade da mulher inclui a garantia de sua autonomia procriativa e que a escolha pelo aborto é uma escolha moralmente admissível porque emana do direito à liberdade de consciência. Usando a ideia de Nino, esta liberdade tem uma função instrumental na estruturação da autonomia decisória na esfera reprodutiva. O projeto reprodutivo da mulher é um projeto ético de construção de uma vida boa e não se efetiva se não lhe for assegurada a autonomia de consciência. Autonomia procriativa e autonomia de consciência são categorias conjugáveis na formulação de um argumento correto que resulte na liberalização do aborto nas sociedades democráticas. O direito constitucional à liberdade de consciência incorpora em seu conteúdo um direito moral, em sentido genuíno. Como afirma Dworkin, o Estado pode restringir direitos morais, mas não os minimizar em um nível que equivalha à sua efetiva inexistência (DWORKIN, 1978, p. 191-2).

O conteúdo da liberdade de consciência é aplicável à justificação do direito ao aborto enquanto um direito moral à independência ética na tomada de decisões fundamentais. O direito ao aborto não se identifica com a liberdade de consciência, mas integra o seu conteúdo, desde que se compreenda que falar em independência ética é o mesmo que falar em liberdade de consciência. A dig-

nidade impõe limites à autonomia, mas não ao ponto de banir a perspectiva do seu reconhecimento jurídico. Há uma conformação correta da tensão entre a dignidade da mulher e a dignidade do embrião, que se instala na problemática do aborto, sendo que essa conformação exige a definição de um espaço razoável para a independência ética da mulher e para a exigência moral de respeito à vida nascitura.

## O PLURALISMO IDEOLÓGICO E O DIREITO AO ABORTO

O conceito de pluralismo ideológico, apresentado por John Rawls, fornece subsídios para se demonstrar que o tema do aborto precisa ser situado, a princípio, como um tema de moralidade pessoal. A primeira questão lançada pelo autor é a da dificuldade de se conciliar as várias doutrinas do bem moral, religiosas ou laicas, no ordenamento constitucional democrático. A resposta é construída com suporte na ideia de uma justificação política em bases públicas. Trata-se do conhecido padrão da razão pública, que expressa nada mais do que uma estratégia argumentativa para a aceitação pública dos valores individuais. As razões justificadoras desses valores, quando razoáveis, devem ser aceitas não apenas por seus defensores, mas por todos os concidadãos, sendo essa a característica que distingue uma base pública de “outras bases não-públicas” (RAWLS, 2000, p. 24-27).

O melhor sistema de justiça exige a formação de um consenso que englobe todas as espécies de compreensões abrangentes do bem, morais, religiosas e filosóficas. Por isso, a busca de um “equilíbrio reflexivo” tem que conduzir a um resultado que não pode ser o da adoção de uma única visão moral, já que isso importaria no “uso opressivo do poder estatal”. Os valores políticos não podem anular os valores pessoais, de forma que cada pessoa deve, no exercício de sua liberdade de consciência, realizar um juízo ético que vincule as concepções majoritárias a suas “*doutrinas abrangentes*” (RAWLS, p. 2000, p. 50-2, 81 e 185). A melhor concepção de justiça deve ser independente, em grau máximo, das doutrinas afirmadas pelos membros da comunidade política. O consenso político, designado por Rawls como um “consenso sobreposto”, não exige que todos adotem a mesma doutrina do bem, mas apenas que

todos adotem a mesma concepção de justiça. O pluralismo moral exclui a ideia de que a coesão social exige a concordância de todos com o conteúdo de uma única visão do bem. Ao contrário, afirma-se que essa coesão é possível por meio do consenso sobreposto, que pressupõe a coexistência de diversas doutrinas (RAWLS, 2005, p. 9-10, 60 e 201). Esse aspecto é fundamental para a sustentação do princípio da imparcialidade do Estado, a partir do qual se impôs a exigência de que as leis atendam aos requisitos do secularismo, da tolerância religiosa e da neutralidade.

Ainda de acordo com Rawls, alguns temas controversos, como o aborto, devem ser retirados da agenda política, porque pertencem à esfera da liberdade de consciência. O modelo do Estado laico exige que se trace uma linha divisória entre a legitimidade da coação do Estado e o exercício da liberdade de consciência. Nesse sentido, a decisão da mulher de prosseguir ou não com a gestação pode ser incluída entre os temas que não envolvem valores políticos, como sugerido por Rawls? O choque entre as posições morais favoráveis e contrárias ao aborto evidencia uma divergência de fundo filosófico muito problemática. Existe um interesse social, sustentado em argumentos de ordem pública, que exija a escolha por uma ou outra posição como sendo imperativa, desde o momento da fertilização do óvulo, para todas as pessoas? Se fosse dada uma resposta positiva à questão, a liberdade de consciência, no que diz respeito à autonomia procriativa da gestante, não estaria, em face dos interesses do nascituro, minimamente amparada. A compreensão de bem que afirma ser razoável provocar o aborto quando o embrião não completou, por exemplo, três ou quatro meses de sua formação, pode não ser adotada pela maioria dos membros de uma comunidade, como ocorre nos países cuja lei criminaliza a conduta. Nos moldes do critério majoritário, essa compreensão do bem não seria aceitável e seria, portanto, banida na formulação do consenso sobreposto. Se, ao contrário, se pensa que o interesse social na regulamentação do tema, ainda que exista algum, não é convincente o bastante, em todas as circunstâncias, o direito de escolha da mulher, sustentado em sua liberdade de consciência, precisa ser assegurado na esfera da interpretação constitucional. O que é o mesmo que dizer, sob o prisma do pluralismo moral abrangente, que esse direito

é um direito fundamental que deve ser incorporado à concepção democrática de justiça.

O planejamento reprodutivo da mulher envolve a escolha do momento apropriado para se ter filhos, bem como a escolha quanto ao número de filhos que se deseja ter. Esse planejamento constitui uma esfera essencial da construção de uma boa vida. A visão coletiva, no caso, não é determinante em relação à visão moral que a gestante adota ao realizar ou não o aborto, pois se trata de uma escolha tão valiosa para a vida pessoal da mulher ao ponto de legitimar uma posição neutra por parte do Estado. A conduta da mulher, no caso, é de natureza “não política”, enquadrando-se entre aquelas condutas permissíveis, porque tem por suporte uma doutrina razoável do bem. É claro que esses argumentos sempre se referem à permissão do aborto até determinado estágio gestacional. O parâmetro de Rawls é o de que o “consenso sobreposto” deve se adaptar ao “pluralismo razoável” e ao “princípio da tolerância”, reduzindo a tensão entre os “valores políticos” e os valores “não-políticos” (RAWLS, 2000, p. 222-3, 238, 186, 190 e 195). Assim, entende-se que coagir a mulher a levar a gestação a termo importa na rejeição do pluralismo moral e político, e solapa a coerência do consenso sobreposto. Tal coação retira da ideia de adesão à concepção de justiça seu elemento substantivo, qual seja o da concordância moral dos cidadãos aos termos do acordo.

As mulheres não são totalmente livres para fazer ou não o aborto, porque o “respeito próprio” lhes impõe levar em conta sua responsabilidade para com os outros e para com a sociedade política. Elas não são, assim, totalmente livres para decidir-se de acordo com suas concepções éticas sobre a importância da vida nascitura. Mas é coerente propor que a melhor doutrina a guiar a definição dos deveres morais e políticos, no que concerne ao assunto, implica o reconhecimento da autonomia ética das mulheres, especialmente quando elas conseguem tomar uma decisão, fundamentada no princípio da dignidade, no início do processo gestacional. As razões para se aceitar o direito de escolha das mulheres, em tais condições, parecem mais convincentes do que as razões trazidas pela compreensão do bem que se lhes nega esse direito. Os “valores morais” são múltiplos (DWORKIN, 2011, p. 113) e as obrigações políticas devem adequar-se a essa pluralidade.

Seja para Rawls, seja para Dworkin, as doutrinas éticas abrangentes sobre o respeito que se deve ter pela vida humana equilibram, como já afirmado, todos os componentes do princípio da dignidade. Não é preciso distinguir a abordagem política da abordagem moral para encontrar o melhor argumento a favor do aborto. Sob o prisma da doutrina do pluralismo, o teste fundamental para delinear a obrigação moral para com a vida do embrião é o da justificação da tutela de sua dignidade à luz dos interesses éticos da gestante. Ninguém se oporia ao entendimento de que a vida do embrião deve, em regra, ser respeitada. O problema é que esse respeito pode afetar o respeito pela vida da gestante.

Dworkin sugere que, em tal caso, se deve “calcular” a gravidade do prejuízo decorrente do argumento moral para os dois lados. Para a aplicação do teste, a quantificação do prejuízo deve ser objetiva e não conforme a opinião subjetiva de quem irá sofrer o dano (DWORKIN, 2011, p. 275). O primeiro raciocínio, para construir o melhor argumento, pode levar, por exemplo, à seguinte conclusão: destruir o embrião antes que ele se desenvolva ao ponto de possuir capacidades cognitivas e destruí-lo após esse tempo não produz o mesmo significado em termos de perda da vida humana. Por outro lado, o prejuízo sofrido pela mulher, na sua expectativa de felicidade, pode ser extremamente deletério, o que independe de sua opinião subjetiva sobre o valor intrínseco da vida. A ideia de que a vida potencial não merece o mesmo respeito em todos os seus estágios, para os fins de um objetivo político importante, justifica a concepção do bem segundo a qual o aborto não representa violação aos interesses do embrião. Essa concepção do bem é convincente, à luz do pensamento de Dworkin, por unificar um padrão adequado de responsabilidade moral, em relação ao respeito pela vida humana, e um compromisso com a coerência pessoal ditada pelo princípio da autenticidade (segundo requisito da dignidade humana).

É claro que não é possível estabelecer uma metodologia exata, a fim de apurar, caso a caso, o grau do prejuízo à vida da mulher derivado da maternidade mandatória. Tentar responder até que ponto esse prejuízo priva a mulher das “oportunidades ordinárias para perseguir uma boa vida” (DWORKIN, 2011, p. 276) acabaria conduzindo a uma resposta incerta. Não há como escapar a uma margem de independência ética da gestante para formular esse juízo,

de maneira que a decisão deve ficar ao seu encargo, sem a ingerência da sociedade. Isso até o limite em que o interesse da sociedade de intervir, definindo um juízo coletivo, não se mostra mais digno de aceitação. E a medida desse interesse não é calculável, objetivamente, sem diferenciar o respeito a ser conferido, na ordem jurídica, à vida do embrião, em conformidade com seu momento evolutivo.

Cada pessoa que adote uma visão particular sobre o valor da vida nascitura não tem ou não pode ter a pretensão de impô-la aos outros. Há um problema aqui para conciliar as visões razoáveis com um conceito moral coletivo normalmente identificado sob o nome de “moralidade pública” (“public morality”). O padrão da moralidade pública costuma ser situado pela opinião majoritária em posição suprema, acima de qualquer patamar de exigência do princípio da tolerância. Para Dworkin, tal posição é equivocada, pois deve haver uma tolerância máxima à autonomia, desde que consistente com a integridade do direito. É admissível que a sociedade deseje preservar a conformidade da conduta humana a determinados valores morais, em questões essenciais à manutenção da paz e da segurança coletiva. Como exemplo de um padrão moral, cuja imperatividade é aceitável, Dworkin cita o caso da monogamia, entendendo que a proibição jurídica da poligamia se justifica para estabilizar os contornos da vida social. Como exemplo de uma imposição estatal injustificável, em termos de moralidade pública, Dworkin menciona a adoção oficial de uma religião específica. É importante enfatizar, assim, que, em regra, a moral social é padrão fraco para legitimar, por si só, a coação legal. Uma “lei criminal” (“criminal law”), sobretudo, não pode se sustentar, exclusivamente, na moralidade pública (DWORKIN, 1978, p. 241-3 e 247-8).

Deve-se admitir que a visão da moralidade pública, na maioria das sociedades, coincide com a tese proibitiva do aborto. Porém, isso pode, no máximo, justificar que a sociedade, conforme a opinião da maioria dos seus membros, considere o aborto um ato imoral, mas não justifica que o considere um ato ilegal. O grupo majoritário tem o direito de adotar tal doutrina compreensiva do bem, no que se refere ao valor da vida pré-natal, mas não tem o direito de exigir que a mesma se transforme, pelo viés da ideia de moralidade pública, em uma doutrina imperativa no espaço público. O princípio do pluralismo moral e

político, por integrar a estrutura do regime constitucional, impede a conversão de uma obrigação moral, fixada em parâmetros majoritários, em uma obrigação legal, salvo, excepcionalmente, se o respeito ao pluralismo significar uma ameaça à estabilidade social.

## A REVISÃO JUDICIAL DAS LEIS QUE PUNEM A PRÁTICA DO ABORTO

Ronald Dworkin formula sua concepção de democracia constitucionalista com base na distinção entre dois modelos teóricos de democracia: a “democracia majoritária” (“*majoritarian democracy*”) e a “democracia coparticipativa” (“*partnership democracy*”). De acordo com o primeiro modelo, os poderes políticos são exercidos na forma representativa, na qual prevalece a opinião da maioria dos cidadãos. Já para o segundo modelo, as decisões do governo devem ser tomadas com o apoio de todos os membros da comunidade política, supondo-se ser possível sua participação na construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Dworkin defende a democracia coparticipativa como sendo o melhor regime político, porque não se sustenta, exclusivamente, em uma regra procedimental, vinculando o poder decisório ao compromisso com os aspectos substantivos da justiça. Somente dessa forma a democracia adquire um sentido genuíno, verdadeiro, e o próprio governo representativo é justificado em suas prerrogativas na elaboração das leis (DWORKIN, 2011, p. 384 e 394).

O que Dworkin tem em mente, ao propor que a verdadeira democracia se sedimenta na ideia do autogoverno, é a perspectiva da legitimação da revisão judicial (*judicial review*) das leis. Os juízes podem e devem invalidar leis majoritárias que solapem a supremacia dos princípios constitucionais. A *judicial review*, se aplicada corretamente, contribui para aperfeiçoar a democracia. Os juízes estão autorizados, nesta abordagem, a realizar, em alguns casos complexos, juízos de moralidade política, sempre que o critério majoritário importar na violação aos direitos individuais (DWORKIN, 2011, p. 394, 396 e 398).

Retorna-se, assim, à base do pensamento de Dworkin, a imbricação entre a moral e o direito. A aplicação das leis aos casos concretos é mediatizada por juízos de moralidade pessoal e política. A integridade do direito impõe aos

juízes uma leitura moral da Constituição, não sendo permitido a eles, em tese, seguir suas próprias convicções morais (DWORKIN, 1996, p. 3, 7 e 11). Em seu poder de interpretar e definir o que é o direito, os juízes também não podem seguir o critério da moralidade pública ou convencional, uma vez que os deveres morais e políticos não derivam, exclusivamente, do “consenso social” (“*social consensus*”), e os indivíduos são titulares de alguns direitos que vão além dos direitos positivados (DWORKIN, 1996, p. 57 e 60).

A teoria da revisão judicial tem por alicerce a ideia da integração entre os direitos morais e os direitos legais, o que já se discutiu antes. Essa ideia oferece um critério convincente para formular o que Dworkin denomina de “condições democráticas” (“*democratic conditions*”) da igual cidadania e da validade da deliberação majoritária (DWORKIN, 1996, p. 17). Essa compreensão da democracia exige que algumas questões de direitos fundamentais sejam retiradas da agenda política e decididas pelos juízes em sede de interpretação constitucional. Mediante o entendimento de que o aborto é um direito fundamental dessa espécie, sendo tal classificação algo que decorre da proteção da liberdade de consciência no regime democrático, os juízes devem determinar quais os limites de sua aceitabilidade no âmbito legal. Na leitura ora apresentada, o suporte jurídico, que serve de guia para essa delimitação, seria, exatamente, a construção de um conteúdo satisfatório e justo para a independência ética, e, particularmente, para a autonomia procriativa.

No entanto, tal resposta ainda é incompleta, considerando ser necessário justificar por que a decisão sobre a legalidade ou ilegalidade do aborto não seria mais democrática se ficasse nas mãos dos legisladores. Em rigor, os legisladores também estão autorizados a formular juízos morais e políticos relativos aos direitos fundamentais. Eles podem cometer erros, mas os juízes não estão isentos de incidir no mesmo risco. Se não fosse possível considerar a categoria dos direitos morais, insiste Dworkin, todas as decisões de moralidade política deveriam ser tomadas pelas instituições da democracia representativa. O direito ao aborto é um direito moral, porque pode ser reivindicado contra o Estado e contra a opinião majoritária. Regra geral, decisões que envolvam os direitos das minorias não podem ser tomadas pelas majorias, já que se lhe

são contrapostas. Esse é o paradoxo lançado por Dworkin: como os direitos morais, sendo caracterizados como direitos contra o Estado e a opinião majoritária, podem ser decididos nos parâmetros de sua “aceitabilidade social” (“*social acceptability*”)? (DWORKIN, 1978, p. 141-3 e 146).

Aqueles que estão no exercício do poder político não devem “ser os únicos juizes de suas próprias decisões” (DWORKIN, 1978, p. 143). Em um contexto político historicamente proibitivo da prática do aborto, como conferir aos legisladores poder exclusivo na interpretação das exigências do Estado constitucional? A doutrina da justiça em Rawls proporciona base crítica apropriada para afirmar a legitimidade da autoridade judicial na apreciação do tema do aborto. Qualquer tentativa de construir uma “democracia constitucional” pressupõe a supremacia dos “valores” “incorporados à Constituição”. O esquema social tem que assegurar a liberdade de consciência no sentido constitucional, não somente no “sentido político” (RAWLS, 2000, p. 79 e 213).

Reservar à função decisória dos juizes o poder de intervir na regulamentação do direito ao aborto não conduz à desestabilização do poder político. A concepção democrático-constitucional da justiça discrimina quais são as liberdades fundamentais e possibilita a derivação de outras liberdades não expressas, dado o caráter aberto da carta de direitos, sem que isso desfaça a base do consenso político (RAWLS, 2000, p. 271-3). A legitimação da revisão judicial, na interpretação relativa ao reconhecimento do direito ao aborto, não cria um confronto irresolúvel entre as fronteiras de cada um dos poderes institucionais. Simplesmente, como já dito, tanto o Poder Legislativo quanto o Poder Judiciário têm legitimidade para regulamentar a prática do aborto com fundamento em testes próprios da análise constitucional. O problema é que, em boa parte dos países, o poder legislativo não conseguiu submeter o procedimento majoritário às premissas da democracia constitucional, deixando à margem a abordagem das restrições impostas pela linguagem dos direitos individuais.<sup>4</sup>

O exercício do poder político, em qualquer de suas instâncias, tem por medida a correspondência dos seus veredictos às normas constitucionais. Não basta a positivação jurídica dos direitos de liberdade. Há que se encontrar uma metodologia política que determine como as instituições governamen-

<sup>4</sup> Dworkin explicita essa constatação na seguinte passagem: “A revisão judicial pode muito bem ser menos necessária em países onde a maioria estável tem um forte histórico de proteção da legitimidade de seu governo por identificar corretamente e respeitar os direitos dos indivíduos e das minorias. Infelizmente, a história revela poucas dessas nações, mesmo entre as democracias maduras” (DWORKIN, 2011, p. 398).

tais ou não governamentais devem ser organizadas, para viabilizar, da maneira mais justa possível, o exercício da cidadania moral em igualdade de condições (RAWLS, 2005, p. 338).

A Suprema Corte dos países democráticos pode desenvolver melhores estratégias argumentativas para escapar ao domínio das maiorias, que se mostram mais articuladas no avanço de suas posições na esfera da deliberação coletiva. Nesse contexto, a atuação da Suprema Corte na garantia dos direitos individuais tem conotação democrática no sentido da inclusão dos interesses das minorias (RAWLS, 2000, p. 182 e 284). Se a Suprema Corte define a moldura do direito ao aborto, a partir da aplicação de cláusulas constitucionais, em um país cuja legislação repudia sua admissibilidade moral, está, em realidade, incorporando direitos minoritários ao esquema constitucional de proteção igual da liberdade de consciência. Ninguém há de negar que os direitos das maiorias contrárias à prática do aborto estão suficientemente protegidos pelas decisões legislativas. Por isso, a revisão judicial atende à necessidade de proteção das minorias que defendem a liberdade de escolha da gestante, e, efetivamente, a proteção das mulheres que desejam realizar o aborto.

Rawls defende a atuação da Suprema Corte como sendo o principal exemplar de efetivação do modelo de uma razão pública, considerando o apelo e o comprometimento dos juízes com as restrições estabelecidas na carta de direitos fundamentais. Nessa medida, a democracia, na perspectiva constitucionalista, caracteriza-se por um dualismo sistêmico. De um lado, o poder legislativo ordinário, e de outro, o poder constitucional, de maior hierarquia normativa. Ao aplicar os pressupostos da razão pública, a Corte impede que os preceitos constitucionais sejam violados pelas leis ordinárias. O padrão da razão pública impõe, ainda, que os juízes deixem de invocar seus valores pessoais ou quaisquer visões morais particulares enquanto fundamentos de suas decisões. Ao afirmar, aqui, o protagonismo da Suprema Corte, Rawls solidifica a ideia de que a razão pública tem por conteúdo uma concepção política de justiça que atribui caráter prioritário a determinadas liberdades básicas, expressamente ou implicitamente consignadas na Constituição (RAWLS, 2005, p. 223, 232-3 e 236).

No tocante ao aborto, Rawls explica que a questão deve ser solucionada à luz de três valores políticos: o “de-

vido respeito" ("*due respect*") pela vida humana, a necessidade da reprodução da sociedade política, inclusive da instituição familiar, e a igual consideração da cidadania das mulheres. O esquema traçado por Rawls sustenta que qualquer doutrina compreensiva do bem que exclua o direito das mulheres ao aborto, no primeiro trimestre da gestação, não é razoável, porque, nesse estágio, o valor político da igualdade das mulheres sobrepõe-se aos outros valores. Negar-lhes esse direito seria incompatível com a ideia de razão pública. Afirma, ainda, que um raciocínio razoável pode conceder esse direito à mulher, mesmo após tal estágio, em determinadas hipóteses (RAWLS, 2005, p. 243-4, nota 32).

Observe-se que Rawls situa a análise do tema na perspectiva de um modelo de interpretação constitucional, construído por meio da utilização das categorias da liberdade e da igualdade na qualidade de padrões originários da garantia das liberdades básicas. O autor, mais adiante, no mesmo texto, acrescenta que a regulamentação do direito ao aborto envolve a definição do âmbito central de proteção da independência ética, no sentido de determinar o que está ou não incluído nesse espaço individual de formação de valores morais. A liberdade de consciência é, assim, uma dimensão que integra o valor político da igual cidadania das mulheres. Isso é o mesmo que dizer que a conversão do direito ao aborto de um direito puramente moral em um direito legal tem por fundamento a garantia institucional da "igual liberdade de consciência", seja majoritária ou minoritária no cenário político (RAWLS, 2000, p. 351 e 366-7).

A validade da lei que proíbe ou restringe o aborto depende de uma interpretação moral da Constituição, haja vista que seus preceitos não garantem o reconhecimento da totalidade dos direitos morais, e sequer explicam o que são esses direitos perante a lei (DWORKIN, 1978, p. 186). Pode-se situar o direito ao aborto na qualidade de um direito à liberdade de consciência, na medida em que o regime democrático exige que a sociedade organizada conceda um espaço privativo para a adoção de convicções éticas na solução de diversos problemas afetos ao planejamento da vida. Para Dworkin, essa concessão é a base normativa da liberdade religiosa, que tem por matriz a liberdade de consciência (DWORKIN, 2006, p. 134).

Os tribunais superiores precisam aperfeiçoar uma interpretação convincente do significado material dessas cláusulas fundamentais. Trata-se de uma atuação hermenêutica que deve refletir, em primeiro lugar, o que representa a “fidelidade” (“*fidelity*”) das leis ordinárias à Constituição. Essa questão antecede a pergunta relativa ao melhor arranjo institucional a ser estabelecido para tornar efetivos os dispositivos constitucionais. Não importa tanto colocar em tensão o Poder Legislativo e o Poder Judiciário, como se fosse a essência do debate determinar a qual desses poderes atribuir a autoridade para dar a última palavra sobre um assunto ou outro (DWORKIN, 2006, p. 120 e 122-3).

O sistema jurídico deve enfrentar a demanda pelo reconhecimento do direito ao aborto, buscando delimitar em que grau tal direito é fundamental o bastante para enquadrar-se na lista das liberdades básicas (DWORKIN, 2006, p. 123). É oportuno perguntar: qual espécie de legislação é compatível com as cláusulas da igual proteção perante a lei e da liberdade de consciência? Essa compatibilidade está preservada, mais adequadamente, na legislação que proíbe o aborto, na lei que o restringe ou na lei que o permite de forma mais liberal? Parece que a posição intermediária, que legitima determinadas restrições à prática do aborto, sem proibi-lo, ao menos nos estágios iniciais da gestação, é mais equilibrada e baliza todos os interesses envolvidos, os da mulher, os do feto e os interesses interventivos do Estado. Nesse caso, quais são as restrições que apresentam consistência com aquelas cláusulas constitucionais? Depois de empreender essa reflexão, aí sim, em um segundo momento, é necessário analisar se o governo está implementando, através de seus legisladores, o compromisso com a supremacia da Constituição, em relação à autonomia procriativa, e qual o nível de ativismo judicial é necessário para compensar o descompasso legislativo no trato da matéria.

A regulamentação do aborto por intermédio da “adjucação constitucional” (“*constitutional adjudication*”) é também defendida por Reva Siegel, levando-se em consideração que as Cortes, normalmente, buscam uma integração entre o conteúdo dos princípios constitucionais, a fim de evitar a alegação de estarem atuando de forma discricionária. Assim, as Cortes não estão impondo valores desco-

nectados do sistema de princípios e regras, pois utilizam técnicas e testes sustentados em diretivas interpretativas, com o intuito de introduzir, na política, as exigências veiculadas pelas normas constitucionais. Saliente-se que essa proposição é endossada pela doutrina da força normativa da Constituição, que postula a positividade do direito constitucional. Daí se extrai a vinculação do legislador aos princípios constitucionais e, ainda, o padrão de sua aplicabilidade imediata aos casos concretos, que, por sua vez, sustenta o decreto de inconstitucionalidade das leis incompatíveis com os direitos fundamentais (SIEGEL, 2014, p. 14-15).

Os juízes precisam testar a interpretação que reputem a mais correta, para um dado caso, relacionando-a às decisões precedentes da comunidade política. Não basta computar quais as decisões corroboram uma ou outra possível interpretação da regra jurídica; é primordial averiguar, sobretudo, quais as decisões se apoiam, com maior importância, nos princípios constitucionais, cuja precedência é passível de ser afirmada com suporte em uma teoria política coerente, apta a justificar o sistema de justiça como um todo. Pode-se chegar à conclusão de que as decisões políticas devem ser respeitadas, em grande parte dos casos e, ao mesmo tempo, admitir que tal presunção perde sua consistência, chegando até mesmo a ser eliminada, em algumas circunstâncias, quando “sérios direitos constitucionais estão em questão” (DWORKIN, 1986, p. 245-9 e 257).

Entende-se que o conceito de direito fixado pelo constitucionalismo democrático se distingue do conceito derivável da democracia majoritária exatamente pela centralidade reflexiva no método analítico acima esboçado. O poder atribuído aos juízes de, em sede de revisão judicial, modificar os julgamentos de “moralidade política” endossados pelos legisladores não é, por definição, “antidemocrático” (“*antidemocratic*”) (DWORKIN, 2006, p. 133). Essa autoridade tem seus limites, e deve circunscrever-se em uma interpretação da lei que não importe necessariamente em sua reversão integral.

No caso do aborto, não há como pacificar a controvérsia sobre os interesses da vida pré-natal sem assumir uma concepção particular no tocante aos limites de sua proteção legal. A lei que criminaliza o aborto contém em si uma visão moral sobre a tutela do embrião, determinada pela

opinião da maioria, que é igualmente uma visão particular. A interpretação dessa lei envolve exatamente a análise do acerto ou desacerto da compreensão do valor da vida por ela endossado, do ponto de vista das premissas da democracia coparticipativa, que leva em conta os direitos das pessoas que adotam visões de bem minoritárias. Ampliar a proteção do direito ao aborto, para alcançar outras hipóteses além das que são permitidas pela legislação, pode ser uma exigência da democracia quando se vislumbra a necessidade da efetivação de um direito moral arguível contra o Estado. A perspectiva da extensão do direito ao aborto não se contrapõe à esfera da legalidade, ao contrário, reforça a importância da lei em sua intersecção com os princípios fundamentais (DWORKIN, 1978, p. 90, 124, 147 e 149).

Regra geral, a legalização do aborto, no âmbito do direito constitucional, se efetiva através do alargamento das hipóteses de sua admissibilidade. O decreto de rejeição da norma punitiva se operacionaliza em parâmetros relativos. As restrições ao aborto podem ser consideradas inconstitucionais, mas não em sua integralidade. Imagine-se a hipótese em que o poder jurisdicional, ao analisar a validade de uma lei que proíbe o aborto, salvo em situações muito excepcionais, proferisse uma decisão liberando sua realização durante todo o período gestacional. Se assim o fizesse, a Corte estaria ultrapassando os limites objetivos impostos pela lei à sua legítima atuação. Mas, se os juízes decidem, diferentemente, declarar que o aborto, por ser um direito fundamental derivável de determinados preceitos constitucionais, pode ser praticado desde que a mulher faça essa escolha até determinado estágio da gravidez, estão, na realidade, preservando a estrutura da lei que o proíbe. A proibição permaneceria válida durante o período gestacional mais avançado, em face do estágio da evolução da vida nascitura.

### **Referências bibliográficas**

---

CHAMON JÚNIOR, L. A. **Teoria da argumentação jurídica: constitucionalismo e democracia em uma reconstrução das fontes do direito moderno.** 2. ed., Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

DWORKIN, R. **Justice for Hedgehogs**. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press, 2011.

DWORKIN, R. **Justice in Robes**. London: Harvard University Press, 2006.

DWORKIN, R. **Law's Empire**. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press, 1986.

DWORKIN, R. **Taking rights seriously**. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press, 1977/1978.

DWORKIN, R. **Freedom's law: the moral reading of the American Constitution**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1996.

MACCORMICK, N. **Argumentação jurídica e teoria do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

NINO, C. S. **Introdução à análise do direito**. 2. tir. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

RAWLS, J. **O Liberalismo Político**. 2ª edição, São Paulo: Ática, 2000.

RAWLS, J. **Political Liberalism**. Expanded Edition. New York: Columbia University Press, 2005.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

SIEGEL, R.B. **The constitutionalization of abortion. In: Abortion law in transnational perspective**. Pennsylvania/Philadelphia: University Pennsylvania Press, 2014.

5 Campanha do Movimento de Mulheres em preparação à Conferência Internacional dos Direitos Humanos, Viena, 1993

6 CP, art. 124: Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque. Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) anos.

7 CP, art. 126: Provocar aborto com o consentimento da gestante. Pena - reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

8 Criminalização primária é o processo de elaboração e edição das leis incriminadoras.

"É o ato e o efeito de sancionar uma lei penal material que incrimina ou permite a punição de certas pessoas.

Trata-se de um ato fundamentalmente programático; (...). Em geral, são as agências políticas (parlamentos, executivos) que exercem a criminalização

primária, ao passo que o programa por elas estabelecido deve ser realizado pelas agências de criminalização secundária (policiais, promotores, advogados, juízes, agentes penitenciários)" (ZAFFARONI et al. **Direito Penal Brasileiro.** Rio de Janeiro: Renvan, 2003. p. 43).

9 Segundo o princípio da idoneidade, a criminalização de qualquer conduta deve ser um meio útil, eficaz, idôneo para controlar um determinado problema social

## Direito e aborto

José Henrique Rodrigues Torres

"Sem as mulheres, os direitos não são humanos"<sup>5</sup>

No Brasil, a prática do aborto pela gestante ou por terceiro, com o consentimento da gestante, é considerada criminosa, de acordo com o disposto nos artigos 124<sup>6</sup> e 126<sup>7</sup> do Código Penal Brasileiro. Todavia, essa criminalização primária<sup>8</sup> (ZAFFARONI et al, 2003) do aborto viola, frontalmente, princípios fundamentais de proteção dos Direitos Humanos albergados por nossa Constituição Federal, afronta a dignidade das mulheres e fere de morte os princípios da autonomia e liberdade da vida privada e *pro homine*. Além disso, a criminalização do aborto contraria os princípios éticos e democráticos de limitação da criminalização (CERVINI, 1993; BARATA, 1987): idoneidade<sup>9</sup>, subsidiariedade<sup>10</sup> e racionalidade<sup>11</sup>. Aliás, Eugenio Raúl Zaffaroni, quando Ministro da Corte Constitucional Argentina, afirmou que a criminalização não pode violar os princípios constitucionais da idoneidade, racionalidade e subsidiariedade, nem a principiologia do sistema de proteção dos Direitos Humanos nem os princípios constitucionais que limitam o poder punitivo criminalizador do Estado Democrático.<sup>12</sup> E a criminalização do aborto desrespeita, também, os critérios principiológicos que devem ser observados no processo de criminalização nos Estados Democráticos de Direito: não criminalizar quando se trata de tornar dominante uma determinada concepção moral; não criminalizar simbolicamente ou de forma promocional; e não criminalizar comportamentos frequentes ou aceitos por parte significativa da população.

Como assevera Maria Lúcia Karan,

*"são esses princípios e critérios, aliados à orientação direcionada para o rompimento com as marcas da ideologia patriarcal, que devem fornecer as bases para a discussão de um novo tratamento da lei penal às questões*

*que, ligadas à sexualidade e às relações familiares, interessam específica e diretamente às lutas pelo reconhecimento e garantia dos direitos da mulher, pela superação da desigualdade e construção de uma nova forma de convivência entre os sexos, aqui consideradas dentro do campo normativo”<sup>13</sup>.*

Portanto, no que diz respeito, especificamente, ao aborto, não podem ser desprezados, além dos princípios gerais, aqueles que, no espectro dos Direitos Humanos, cuidam da proteção especial dos direitos da mulher no âmbito da sexualidade e da reprodução. E esses princípios exigem, sob a égide do compromisso ético e democrático de respeito à dignidade da mulher, o rompimento com os paradigmas da ideologia patriarcal, que têm determinado a edição e a manutenção de um sistema legal escrito com letra androcêntrica, de forma discriminatória e excludente. É por isso que Flávia Piovesan (1996) afirma que, no plano jurídico, a criminalização do aborto violaria os chamados direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (resguardados pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994 e pelas Conferências de Copenhagem de 1994 e de Pequim de 1995). A criminalização do aborto resultaria, assim, para a autora, em violação a Direitos Humanos internacionalmente protegidos, em particular nas esferas da sexualidade e reprodução.

E não se olvide que o rol dos direitos sexuais e reprodutivos abrange os direitos de decisão sobre a quantidade, o intervalo e o momento de as pessoas terem seus filhos, de plena informação e meios para fazer a sua escolha, de acesso ao mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva e, ainda, o direito de tomar decisões relativas à reprodução sem discriminação, coerção ou violência (ONU, 1994). Não se trata de uma pauta de reivindicação. Trata-se de direitos. Como dizem Azeredo e Stolcke, as mulheres têm o direito de regular a sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva (AZEREDO; STOLCKE, 2006, p.268).

Os Direitos Humanos nasceram e existem para garantir a liberdade e a possibilidade de toda pessoa viver com dignidade, o que exige, no âmbito específico dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, a garantia de um ambiente em que todas as mulheres possam controlar e decidir livremente

**10** Segundo o princípio da subsidiariedade, a criminalização somente se justifica quando não houver outros meios ou alternativas para o enfrentamento do problema social a ser arrostado

**11** Segundo o princípio da racionalidade, no processo democrático de criminalização, devem ser considerados os benefícios e os custos sociais causados pela adoção da medida proibicionista criminalizadora

**12 DECISÃO DA SUPREMA CORTE DA ARGENTINA.** Buenos Aires, “Recurso de hecho deducido por el defensor oficial de Gustavo Alberto Fares, Marcelo Ezequiel Acedo, Mario Alberto Villarreal, Gabriel Alejandro Medina y Leandro Andrés Cortejarena en la causa Arriola, Sebastián y otros s/causa n° 9080.”

**13** Proibições, crenças e liberdade: o debate sobre o aborto, Revista Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedad, ano 9, n. 14, 1° e 2° semestre, Ed. Renavan, p. 167 a 179.

te sobre assuntos relacionados com a sua sexualidade, livres de violência, coerção ou intimidação à sua vida sexual, com acesso à educação e informação sobre serviços de saúde sexual e reprodutiva e protegida de discriminação baseada no exercício de sua sexualidade. É por isso que, em 1973, no famoso caso Roe contra Wade, a Suprema Corte dos EUA declarou inconstitucional a lei do Texas que criminalizava o aborto, declarando que “uma mulher grávida tem um direito constitucional específico à privacidade em questões de procriação e que esse direito geral inclui o direito ao aborto, desde que ela e seu médico optem por fazê-lo” (DWORKIN, 2009, p. 147). Com efeito, como afirma Dworkin, “as leis que proíbem o aborto, ou que o tornem mais difícil ou caro para as mulheres que desejam fazê-lo, privam as mulheres grávidas de uma liberdade ou oportunidade que é crucial para muitas delas” e impõem às mulheres “uma espécie de escravidão” (DWORKIN, 2009, p. 143).

Portanto, cabe aos Estados respeitar os direitos sexuais e reprodutivos, especialmente das mulheres, sem estabelecer qualquer procedimento que impeça ou dificulte o seu exercício, máxime no âmbito da coação ou repressão<sup>14</sup>. Como assevera Flavia Piovesan, “os direitos sexuais e reprodutivos devem ser compreendidos sob a perspectiva dos direitos humanos” e “é sob esse prisma que se insere a problemática do aborto” (SARMENTO; PIOVESAN, 2007, p. 207).

A questão da criminalização do aborto deve ser examinada, pois, sob a perspectiva dos direitos humanos e sob o arnês de seus princípios e critérios principiológicos que embasam a ética da construção dos Estados Democráticos. E todos esses princípios integram o sistema constitucional brasileiro, porque emergem, principalmente, do sistema normativo internacional de proteção dos Direitos Humanos, um sistema universal, indivisível, interdependente, obrigatório e transcendente (Manifesto por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, 2007). E esse sistema de normas de proteção dos Direitos Humanos, formado por convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, constitui, na realidade, a concreção dos princípios éticos que visam garantir, em suma, a dignidade humana. Assim, cabe aos legisladores brasileiros extirpar de nosso sistema legislativo os artigos 124 e 126 do Código Penal e aos juízes e juízas, enquanto prevalecer a

<sup>14</sup> Sexual Rights Initiative. What are Sexual Rights? Disponível em: <<http://sexualrightsinitiative.com/sexual-rights/intro-to-sexual-rights/>>. Acesso em: 26/05/2014.

omissão daqueles, declarar a sua contradição com o sistema de proteção dos Direitos Humanos, negando a sua aplicação no momento da criminalização secundária (ZAFFARONI et al, 2003)<sup>15</sup>, para garantir, assim, a prevalência e a plenitude dos princípios de garantia dos Direitos Humanos.

O Brasil, que ratificou robustos e significativos tratados e convenções internacionais de Direitos Humanos, mantém um enorme arsenal de princípios e dispositivos legais e constitucionais protetivos dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, mas, especialmente em razão da perversa lógica paradoxal da ideologia patriarcal, que se entranha nos sistemas estatais, as mulheres não conseguem exercer esses direitos.

Como declarou a Assembleia Geral das Nações Unidas,

*“a criminalização do aborto cria e perpetua estigmas, restringe a habilidade das mulheres de fazer uso pleno dos bens, serviços e informações disponíveis sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, impede a sua plena participação na sociedade, além de distorcer percepções entre profissionais de saúde, o que, conseqüentemente, pode inibir o acesso das mulheres a serviços de saúde. Leis penais e outras restrições legais desempoderam as mulheres, que podem ser impedidas de tomar providências em prol de sua saúde, a fim de evitar responsabilização penal, além do medo da estigmatização. Ao restringir o acesso a bens, informações e serviços de saúde, tais leis também podem ter um efeito discriminatório, no sentido de que afetam de forma desproporcional aquelas pessoas que têm necessidade de tais recursos – neste caso, as mulheres. Como resultado, mulheres e meninas são punidas duplamente por essas leis: tanto quando elas cumprem essas leis e ficam, portanto, sujeitas a condições precárias de saúde física e mental, como quando elas desrespeitam essas leis e ficam sujeitas ao encarceramento” (ONU, 2011).*

**15** Criminalização secundária é a aplicação concreta das leis penais pela polícia, ministério público, judiciário e sistema prisional ou de aplicação das penas. “É a ação punitiva exercida sobre as pessoas concretas, que acontece quando as agências policiais detectam uma pessoa que se supõe tenha praticado certo ato criminalizado primariamente, a investigam, em alguns casos privam-na da liberdade de ir e vir, submetem-na à agência judicial, que legitima tais iniciativas e admite um processo (...); no processo, discute-se publicamente se esse acusado praticou aquela ação e, em caso afirmativo, autoriza-se a imposição de uma pena de certa magnitude que, no caso de privação da liberdade de ir e vir da pessoa, será executada por uma agência penitenciária” (ZAFFARONI et al. **Direito Penal Brasileiro.** Rio de Janeiro: Renvan, 2003. p. 43).

**16** Os Comitês de Direitos Humanos da ONU, PIDESC (sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) e CEDAW (sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher), chegaram a afirmar que o Estado brasileiro deve adotar medidas que garantam o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando, mais uma vez, a incompatibilidade entre a criminalização do abortamento e a necessidade de garantir a saúde das mulheres, pois o abortamento, conforme já reconhecido pelo sistema Internacional de Direitos Humanos, é um grave problema de saúde pública, não um problema que pode ser enfrentado no âmbito repressivo dos sistemas penais.

**17** Plano de Ação de Beijing - Capítulo "Mulher e Saúde" - reconhece os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e evidencia a incompatibilidade da criminalização do abortamento com a necessidade da garantia material à plena assistência no âmbito da saúde.

**18** Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

**19** General Recommendation n. 24, 20<sup>th</sup> Session (1999)

**20** CP, art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio para salvar a vida da gestante; e II - se a gravidez

É por isso que o Sistema Internacional proteção dos Direitos Humanos tem afirmado, reiteradas vezes, insistentemente, que a criminalização do aborto é incompatível com a garantia de assistência à saúde física e psicológica das mulheres<sup>16 17</sup>, pois o sistema penal, em face de seu caráter repressivo, exclui, estigmatiza e impede que as mulheres tenham o necessário acolhimento do Estado no que diz respeito ao exercício material de seu direito à plena assistência<sup>18</sup>. E, exatamente por essa razão, tem proclamado que os Estados devem promover a descriminalização do aborto. Lembre-se de que a CEDAW afirma que os Estados devem adotar "a eliminação de preceitos que discriminam a mulher, como as severas punições impostas ao aborto"<sup>19</sup>. E o Comitê PIDESC (Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) proclama, expressamente, que a descriminalização do abortamento deve ser promovida para "proteger as mulheres dos efeitos do aborto clandestino e inseguro e para garantir que as mulheres não se vejam constrangidas a recorrer a tais procedimentos nocivos".

Contudo, no Brasil, o aborto continua sendo criminalizado e apenas em três hipóteses, muito restritas, houve o afastamento da criminalização, o que não está impedindo a mortalidade materna por aborto inseguro nem que as mulheres suportem as terríveis consequências dessa prática. De acordo com o artigo 128 do Código Penal Brasileiro, o aborto é lícito e, por isso, juridicamente, não é criminoso, quando é a única forma de salvar a vida da gestante e, também, quando a gravidez resulta de estupro ou de qualquer outro crime contra a dignidade sexual<sup>20</sup>. Além disso, de acordo com reiteradas decisões judiciais, o aborto não é censurável e, por isso, também não é criminoso, quando diagnosticada uma malformação fetal incompatível com a vida extrauterina<sup>21</sup>. E, nesses casos, "às mulheres que optam pelo aborto não criminoso devem ser garantidas todas as condições para a sua prática de forma segura e deve ser proporcionado a essas mulheres um tratamento humano e a devida orientação<sup>22</sup>". Assim, "os sistemas de saúde devem capacitar e equipar as pessoas que prestam serviços de saúde e tomar outras medidas para assegurar que o aborto se realize em condições adequadas e seja acessível"<sup>23</sup>.

Como se vê, o sistema internacional de Direitos Humanos, além de afirmar a imprescindibilidade da descriminalização do aborto, exige que os Estados garantam a realização do aborto não criminoso de forma segura e que seja acessível, o que constitui um direito de todas as mulheres.

E não se diga que o artigo 4.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos<sup>24</sup>, por afirmar a proteção da vida a partir da concepção, estaria a impedir a descriminalização do aborto. Ledo engano. A Corte Interamericana de Direitos Humanos – CIDH, que é a última interprete da convenção, realizando, recentemente, uma interpretação sistemática, evolutiva e histórica, conforme o sentido corrente de seus temas e de acordo com os princípios que determinam a sua aplicação de modo mais favorável ao seu objeto e fim, decidiu que o direito à vida desde a concepção (1) começa a ser protegido a partir do momento da implantação do óvulo no útero, (2) não é absoluto e admite exceções, (3) não pode ser utilizado para limitar outros direitos de maneira desproporcionada, nem gerar efeitos discriminatórios, (4) não outorga ao embrião a condição de pessoa e (5) busca proteger os direitos da mulher gestante<sup>25</sup>.

Como se vê, a jurisprudência da CIDH afirma ser perfeitamente admissível a descriminalização do aborto porque há necessidade de estabelecer-se um juízo de ponderação entre os direitos da mulher e uma via em potencial<sup>26</sup>. Aliás, a Corte Europeia de Direitos Humanos também já decidiu que “o feto não goza de direito absoluto à vida, pois o seu direito deve ser ponderado com o direito da mulher, rejeitando, assim, expressamente, o argumento de que as leis nacionais que autorizam o aborto são violadoras do artigo 2º da Convenção Europeia, que protege o direito à vida, indicando a necessidade de ponderação entre os interesses da mulher e os interesses do Estado de proteger o feto” e que, por isso, “os Estados têm discricionariedade legítima para permitir o aborto, pois, a necessária ponderação de bens, a envolver a colisão entre os direitos da mulher e os direitos de uma vida em potencial (direitos do feto), deve guiar-se pelo princípio da proporcionalidade, em sua tripla dimensão – adequação, necessidade e proporcionalidade estrita”<sup>27</sup>.

Definitivamente, a criminalização do aborto é incompatível com o sistema de proteção dos Direitos Humanos das Mulheres, constitui um instrumento ideológico de controle da sexualidade feminina, representa um mero

resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

**21** Com relação à anencefalia, especificamente, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal, proferida na ADPF (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental) n. 54, a interrupção da gestação não caracteriza aborto.

**22** Programa de Ação do Cairo, parágrafo 8.25 (Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994); Plataforma Mundial de Ação de Pequim, parágrafo 106 k (4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995); Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento, parágrafo 63, do Capítulo IV.C (Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Cairo + 5, Nova York, 1999); Documento de Resultados de Pequim + 5, parágrafo 107 i (Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Pequim + 5 – Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o século 21, Nova York, 2000)

**23** Documento de Resultados de Pequim + 5, parágrafo 63, III, do Capítulo IV (Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Pequim + 5 – Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o século 21, Nova York, 2000)

**24** PACTO DE SAN JOSE DE COSTA RICA (CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS – 1969)- artículo 4 .

Dereito à vida. 1-Toda pessoa tem o direito a que se respeite a sua vida. Este direito será protegido pela lei e, em geral, a partir do momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

**25** Extrato de la sentencia ArtaviaMurillo y otros v. Costa Rica (Fertilización in vitro) Noviembre de 2012

**26** Comissão Interamericana de Derechos Humanos, Caso 2141, <http://www.cidh.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.html>

**27** casoVo x França, 2004; caso Boso x Italia, 2002; caso R.H. x Noruega, 1992: Fonte: <http://www.echr.coe.int/Eng/Judgments.htm>; [www.reproductiverights.org/pdf/pub\\_bp\\_RREuropeanCourt.pdf](http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_RREuropeanCourt.pdf)

**28** “Son las mujeres más desposeídas, de los países con legislación restrictiva, las que realmente arriesgan su vida en la práctica del aborto. Estas mujeres sufren una sumatoria de exclusiones: exclusión por vivir en países donde esta práctica es de riesgo; exclusión socioeconómica, por ser las mujeres más pobres; en fin, exclusión de género ya que en esos países es donde es mayor la desigualdad entre el género masculino y femenino” (Leonel Briozzo, op. cit. p. 191).

instrumental simbólico da ideologia patriarcal, não tem sido eficaz nem útil para a proteção da vida intrauterina, está sendo mantida com um enorme custo social, impede a implantação e efetivação de medidas realmente eficazes para o enfrentamento das questões relativas à interrupção da gestação, acarreta às mulheres terríveis sequelas e morte<sup>28</sup>, é incompatível com a necessidade da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e contrária, de modo flagrante, os princípios jurídicos e democráticos que limitam a criminalização.

As mulheres devem ser tratadas como cidadãs, não como Mérope, que, dominada e controlada pela ideologia patriarcal, foi violentada pelo poder sexual androcêntrico, invisibilizada e desprezada como sujeito de direitos, abandonada em sua dimensão mitológica e, depois, relegada ao espaço privado, esquecida na redução de sua função à maternidade e ao trabalho doméstico, sem direitos, sem dignidade.

## Referências bibliográficas

ALEXY, R. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

AZEREDO, S. e STOLCKE, V. (Eds). **Direitos Reprodutivos**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1991.

BACIGALUPO, E. **Princípios de derecho penal: parte general**. 3 ed. Madrid: Akal, 1994.

BRIOZZO, L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – estrategias para su reducción. **Revista Médica del Uruguay**, n. 3, 2007.

CANTERJI, R. B. **Política Criminal e Direitos Humanos**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

CARVALHO, S. **Antimanual de Criminologia**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

CERVINI, R. **Los procesos de descriminalización**. 2ª ed. Montevideo: Editorial Universidad, 1993.

JELIN, E. Mulheres, Gênero e Direitos Humanos. In: JELIN, E. e HERSHBERG, E. (Orgs). **Construindo a Democracia: Direitos Humanos, Cidadania e Sociedade na América Latina**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência (NEV), 2006, p. 253-279.

KARAN, M. L. Sistema penal e direitos da mulher. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, n. 9, 1995.

Manifesto por uma Convenção Interamericana dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Segunda versão para debate. **Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 15, n. 1, 2007. p. 3-22.

Organização das Nações Unidas. **Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento**, 1994. Disponível em: <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>>. Acesso em: 26/05/2014

Organização das Nações Unidas . Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health . Sixty-sixth session. **Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms**, 2011. Disponível em [www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/254](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254). Acesso em: 28/06/2013

PIOVESAN, F.. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. Ed. Max Limonad, SP, 1996.

SARMENTO, D.; PIOVESAN, F. **Nos limites da vida: aborto, clonagem e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2007.

SERVINI, R.. **Los procesos de descriminalización**. Montevideo: Editorial Universidad, 2ª ed., 1993.

ZAFFARONI, E.R. La Mujer y el Poder Punitivo. In: **Vigiladas y Castigadas, Seminário Regional “Normatividade Penal y Mujeres en América Latina y el Caribe”**, Lima: Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM, 1993. Disponível em: <http://ricardokrug.com/wpcontent/>

biblioteca/Eugenio%20Raul%20Zaffaroni%20%20Mujer%20y%20poder%20punitivo.pdf Acesso em: 04/04/2014.

ZAFFARONI, E. R.; BATISTA, N.; ALAGIA, A.; SOLKAR, A.  
**Direito Penal Brasileiro**. Rio de Janeiro: Renvan, 2003.

# Aborto e violência sexual

---

*Jefferson Drezett*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define por violência sexual qualquer ato sexual tentado ou consumado sem a concordância da vítima, imposto por meio coercitivo ou intimidatório, com emprego da força física, da ameaça, de armas ou do temor psicológico (WHO, 2002). Ao mesmo tempo, a violência sexual é entendida como grave violação de direitos humanos e importante problema de saúde pública, representando a extrema restrição da autonomia sexual e reprodutiva da mulher (MUGANYIZI et al, 2004).

Mulheres que sofrem crimes sexuais apresentam riscos expressivos de desfecho letal, traumatismos físicos, transtornos sexuais, doenças sexualmente transmissíveis (DST), hepatites virais, infecção pelo HIV e gravidez forçada e indesejada (SCHEI, 1997). As consequências psicológicas incluem o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, ideação suicida, distúrbios alimentares e do humor. Observa-se associação com maior consumo de álcool e outras drogas, comprometimento da qualidade de vida, da relação com o corpo e dos relacionamentos interpessoais. Existe significativa relação entre violência sexual e sintomas de dissociação, congelamento e hipervigilância (SOUZA et al., 2012).

Contudo, entre tantas consequências da violência sexual, a gravidez forçada se destaca pela magnitude e complexidade dos agravos psicológicos, familiares, sociais e médicos, muitas vezes sentida pela mulher como uma segunda forma de violência (FAÚNDES et al., 1998). Estima-se que a gravidez decorrente do estupro atinja entre 1 a 6% das mulheres em idade reprodutiva que não utilizam algum método anticonceptivo eficaz que independa do agressor (LATHROPE, 1998). Considerando a elevada prevalência de violência sexual contra mulheres jovens em todo o mundo,

termina-se com alarmante número de gestações decorrentes de estupro a cada ano (BLAKE et al., 2015).

A Assembleia Geral das Nações Unidas estabelece que, nas circunstâncias em que o aborto não seja contrário a lei, os serviços de saúde devem estar preparados para assegurar que esse procedimento seja seguro e acessível para as mulheres (UNITED NATIONS, 1999). No Brasil, desde 1940 o inciso II do artigo 128 do Código Penal garante a não punibilidade da mulher e do médico que realizam o abortamento em caso de gravidez decorrente de estupro (DELMANTO et al., 2010). Nesses casos, a interrupção da gestação não se condiciona à solicitação de autorização judicial, ou apresentação do boletim de ocorrência policial ou resultado de exame médico-legal. Portanto, não procede a exigência desses documentos pelos serviços de saúde como condição para o atendimento dessas mulheres (BRASIL, 2010).

Mesmo assim, a interrupção da gestação decorrente de estupro ainda é praticada de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde brasileiros (DREZETT, 2013). Por falta de informação sobre seus direitos ou pela recusa injustificável dos serviços de saúde, muitas mulheres recorrem ao abortamento clandestino, quase sempre praticado de forma insegura, colocando em grande risco sua saúde e sua vida (DREZETT, 2003).

Ao mesmo tempo, constata-se o descaso de parte dos gestores da saúde ao ignorar ou descumprir leis, políticas públicas e normativas sobre o abortamento. De fato, investigação com mais de 700 cidades brasileiras constatou que quase 40% das Secretarias Municipais de Saúde não sabem sequer responder se contam com algum serviço organizado para realizar o abortamento em casos de violência sexual. Em agravado, menos de 2% dos municípios declaram ter realizado um aborto legal nos últimos anos, mesmo afirmando, paradoxalmente, que contam com serviços de saúde para esse atendimento (CEMICAMP, 2006).

Nos últimos anos, investigações têm buscado compreender quem são as mulheres que realizam o aborto legal no Brasil e em quais circunstâncias elas o fazem. Em estudo com mais de 900 solicitações de interrupção da gravidez por estupro, encontrou-se predomínio de mulheres brancas, jovens, solteiras, católicas ou evangélicas, com pouca escolaridade, geralmente vitimadas tanto por agressores conhecidos ou aparentados como por desconhecidos. Qua-

se a metade dos casos busca o abortamento tardiamente, no segundo trimestre da gestação (PEDROSO, 2010).

Essa busca tardia pelo abortamento legal em casos de estupro expressa, em parte, os obstáculos enfrentados pelas mulheres para identificar e acessar serviços de saúde que realizem o procedimento. Além disso, há evidências de que condições particulares de vulnerabilidade também retardam a busca pelo abortamento legal e seguro, como observado entre mulheres mais jovens ou com menor autonomia, entre portadoras de deficiência intelectual, naquelas ameaçadas de morte caso revelem o ocorrido para a polícia, ou nas situações em que o agressor é aparentado ou próximo da mulher (BLAKE et al., 2015).

A segurança do abortamento também deve considerar seus efeitos para a saúde mental das mulheres. A chamada “síndrome traumática do abortamento” proposta há algumas décadas, buscava atribuir ao aborto induzido danos psicológicos ou psiquiátricos frequentes, graves e permanentes. No entanto, há suficiente evidência científica de que essa suposta “síndrome” não passa de mito, sem reconhecimento de sua existência pela comunidade científica internacional (STOTLAND, 1992). Por outro lado, acumulam-se evidências consistentes de respostas emocionais adequadas e favoráveis quando o aborto é realizado legalmente e com os cuidados necessários. Problemas emocionais que resultam do abortamento voluntário são excepcionais e menos graves ou intensos do que aqueles que decorrem da gravidez mantida forçadamente até o termo, contra a vontade da mulher (KERO et al, 2009).

Na gravidez decorrente de estupro esses aspectos são ainda mais evidentes. A interrupção da gestação não acrescenta componentes negativos para as relações interpessoais das mulheres, nem aponta arrependimento por sua prática (DREZETT et al., 2012). Outro aspecto relevante diz respeito à motivação e responsabilidade da mulher frente à decisão de interromper a gestação que decorre do estupro. Em estudo com mulheres brasileiras que recorreram ao aborto observou-se que as principais motivações se relacionaram com o extremo repúdio pela gravidez forçada pela violência, com a violação do direito fundamental de escolha da maternidade, ou com o temor de consequências sociais ou psicológicas futuras para o recém-nascido caso mantivessem a gestação até o término (DREZETT et al., 2012).

Embora as últimas décadas tenham sido marcas por inegáveis avanços na construção de políticas públicas para a atenção de mulheres em situação de gravidez decorrente da violência sexual, ainda não estão resolvidos graves problemas de gestão no setor saúde para garantir essa assistência. Tampouco se deixou de enfrentar a forte resistência de setores conservadores da sociedade que desejam que a mulher seja obrigada a manter a gestação decorrente de estupro, ou que preferem sua morte ao aborto em caso de risco para a gestante. São vários os Projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional requerendo a suspensão da norma técnica do Ministério da Saúde ou propondo outras medidas que obstaculizem ou impeçam o acesso das mulheres ao aborto legal e seguro. Longe da coincidência, quase todas essas propostas partem de deputados da chamada “bancada religiosa” (DREZETT, 2013).

Outro exemplo recente dessa resistência ocorreu com a Lei nº 12.845, sancionada em 2013, que estabelece o dever dos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) de prestar atendimento emergencial, integral e interdisciplinar para pessoas que sofrem violência sexual. A Lei nº 12.845 garante a assistência em saúde qualificada e humanizada que previna ou reduza os danos decorrentes da violência sexual. Define ações, como o tratamento de lesões físicas, amparo médico, psicológico e social; apoio para registrar a ocorrência junto às autoridades, a prevenção da gestação forçada e indesejada, e a profilaxia das DST. Além disso, estabelece o dever de oferecer suficiente informação para a mulher sobre seus direitos e orientação sobre serviços e formas de assistência disponíveis (BRASIL, 2013).

Apesar do sentido essencialmente humanitário, vários grupos religiosos exigiram veto para vários pontos da Lei nº 12.845. Criticaram duramente a anticoncepção de emergência por considerá-la abortiva, mesmo sem qualquer evidência científica desse suposto efeito, propondo que se negasse o medicamento, o que obrigaria as mulheres a engravidar do agressor (DREZETT, 2013). Embora a questão da interrupção da gestação decorrente do estupro sequer seja mencionada no texto da Lei, fundamentalistas religiosos alardearam que se estaria estimulando e facilitando o aborto no país.

Os mesmos setores conservadores requereram que os serviços de saúde fossem impedidos de orientar as mulhe-

res sobre o direito ao aborto legal, com a retórica de que isso caberia exclusivamente à polícia. Essa lógica, no entanto, oculta o misógino entendimento de que mulheres fazem falsa alegação de crime sexual e, portanto, precisam ser investigadas e interrogadas pela polícia como suspeitas ou criminosas (DREZETT, 2013). Entretanto, não há violação da ética ou do ordenamento jurídico em orientar essas mulheres sobre suas alternativas frente à situação. A medida é claramente posta na normativa técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Além disso, o Comitê de Ética em Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) entende como dever do médico informar à mulher sobre todas as opções disponíveis, incluindo-se aquelas que eventualmente o médico se negue a praticar por objeção de consciência (FIGO, 2009).

Apesar dos avanços, o legítimo direito de interromper a gestação que decorre do estupro ainda não está, na prática, garantido pelo Estado para todas as mulheres brasileiras. Essa situação viola acordos e tratados internacionais que protegem os direitos humanos e os direitos reprodutivos das mulheres, na medida em que o Brasil é signatário desses documentos. O abortamento clandestino e inseguro persiste como uma das principais causas de mortalidade materna no país que, indiferente à gravidade do problema, se mostra incapaz de alcançar o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio<sup>29</sup>.

## Referências bibliográficas

---

BLAKE, M.T.; DREZETT, J.; MACHI, G.S.; PEREIRA, V.X.; RAIMUNDO, R.D.; OLIVEIRA, F. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Med*. v. 8, n. 9, 2015. DOI: 10.3823/162.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2ª edição. Brasília: Editora MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª edição. Brasília: Editora MS, 2011.

<sup>29</sup> Melhorar a saúde das gestantes.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Seção 1, 2 de agosto de 2013, página 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm).

CENTRO DE PESQUISAS EM SAÚDE REPRODUTIVA DE CAMPINAS (CEMICAMP). **Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil**. Campinas: CEMICAMP, 2006.

DELMANTO, C.; DELMANTO, R.; DELMANTO-JR, R.; DELMANTO, F.M.A. (editores). **Código penal comentado**. 8ª edição. São Paulo: Saraiva, 2010.

DREZETT, J. Atención a mujeres sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud. **Comunicaciones**, v.10, n. 13, 2003, p. 5-18.

DREZETT, J.; PEDROSO, D.; VERTAMATTI, M.A.; MACEDO-JÚNIOR, H.; BLAKE, M.T.; GEBRIM, L.H., et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion – pregnancy and violence. **HealthMED**, v.6, n.3, 2012, p.819-25.

DREZETT, J. Fundamentalismo religioso e violência sexual. **Reprodução & Climatério**, v.28, 2013, p. 47-50. DOI: 10.1016/j.recli.2013.10.001.

FAÚNDES, A; OLIVEIRA, G; ANDALAFI-NETO, J; LOPEZ, J.R.C; PIMENTEL, S; ROSAS, C.F. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na Lei. **Femina**, v.26, n.2, 1998, p. 134-8.

FEDERATION INTERNATIONAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). **Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the Figó Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health**. United Kingdom: Figo, 2009.

KERO, A.; HÖGGERG, U.; LALOS, A. Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. **Soc Sci Med**, v.58, n.12, 2004, p. 2559-69.

MUGANYIZI, P.S.; KILEWO, C; MOSHIRO, C. Rape against women: the magnitude, perpetrators and patterns of disclosure of events in Dar es Salaam, Tanzania. *Afr J Reprod Health*, v.8, n.3, 2004, p.137-46.

PEDROSO, D. **Estudo de fatores relacionados com ao abortamento previsto em lei em situações de violência sexual** [dissertação]. São Paulo: Universidade de Santo Amaro, 2010.

SCHEI, B. Violence against women: reproductive consequences. In: Ottesen B, Tabor A, (Orgs). **New Insights in Gynecology & Obstetrics: Research and Practice**. Copenhagen: Parthenon Publishing, 1997.

SOUZA, F.B.C.; DREZETT, J.; MEIRELLES, A.C.; GIMENEZ, D.R. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod Clim*, v.27, 2012, p.98-103. DOI: 10.1016/j.recli.2013.03.002

STOTLAND, N.L. The myth of the abortion trauma syndrome. *Jama*, v. 268, n.15, p. 2078-9.

UNITED NATIONS. **Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development**. New York: United Nations, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

# Anencefalia e malformações fetais

---

Thomaz Gollop

A anencefalia é uma malformação congênita grave e incompatível com a vida, caracterizada por ausência do encefalo e do crânio, permanecendo apenas a base do crânio. Ela é uma entidade única e não é subdividida em graus. Em 100% dos casos, ela é letal. Os fetos portadores dessa anomalia sobrevivem minutos, dias, ou excepcionalmente, semanas após o nascimento. A anencefalia é um diagnóstico ultrassonográfico preciso e seguro já a partir da 12ª semana de gravidez. Neste sentido é importante observar a *Resolução 1480/97 artigo 3* do Conselho Federal de Medicina (CFM): “ *A morte encefálica é consequência de processo irreversível e de causa reconhecida*”, sendo o anencéfalo o resultado desse processo, sem qualquer possibilidade de sobrevida, por não possuir a parte vital do cérebro”. O mesmo Conselho na Resolução 1752/2004 afirma: “O feto anencéfalo é um natimorto cerebral”.

Em 1989, o juiz Jurandir Rodrigues Brito reconhecia em Ariquemes, Rondônia, o direito do casal de interromper uma gravidez acompanhada de anencefalia. Era então fornecido o primeiro alvará judicial para uma situação desta natureza. Milhares de alvarás foram emitidos desde então (Gollop, 2004) até que em 2004 a Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde (CNTS), orientada pela ANIS-Instituto de Bioética - ,em notável trabalho de Débora Diniz, entrou no Supremo Tribunal Federal (STF) com a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF/54). Esta ADPF seria votada apenas em 12 de abril de 2012 quando recebeu oito votos favoráveis e apenas dois votos contrários. Em maio de 2012, o CFM publicaria a resolução abaixo com a normatização do atendimento médico às gestações acompanhadas de anencefalia na rede pública ou privada: 1) duas fotografias identificadas e datadas, uma com a face do feto em posição sagital; a outra com a visua-

lização do polo cefálico no corte transversal demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável 2) laudo de dois médicos capacitados para tal diagnóstico 3) ata de antecipação terapêutica do parto na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal. Estes documentos devem fazer parte do prontuário da paciente.

É muito interessante anotar algumas das observações dos ministros do STF por ocasião da votação da ADPF 54. O ministro Ayres Brito relatava: “Todo aborto é uma interrupção de gestação, mas nem toda interrupção de gestação é um aborto”. Dado que o anencéfalo é considerado um natimorto cerebral, não há nele nenhuma perspectiva de sobrevivência e, portanto, a interrupção legal da gravidez é apenas uma antecipação do parto. Não há feto viável. Foi também muito importante absorver as lições que embasaram o voto do Ministro relator Marco Aurélio Mello. Entre outros princípios muito importantes por ele mencionados estariam: Laicidade do Estado – separação de questões relacionadas à fé, estas dizem respeito ao domínio privado, daquelas do Direito que por sua vez são de domínio público, os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a autonomia das mulheres, não submeter ninguém à tortura ou tratamento indigno. Verifica-se que o julgamento da ação foi muito além do foco central que a originou. No Brasil de hoje (2015), ainda é pouco difundido o conceito de Laicidade do Estado: respeitam-se todas as religiões e mesmo quem não possui nenhuma. Cada um pode se manifestar sobre qualquer questão que diga respeito à cidadania; nenhuma religião deve interferir sobre questões que dizem respeito ao Estado. Minorias devem ser respeitadas. É importante verificar o distanciamento destes valiosos princípios quando vemos tramitar na Câmara Federal, em 2015, o PL 5069<sup>30</sup>!

A manutenção da gravidez em casos de anencefalia não é isenta de riscos para a paciente. Ela pode ser acompanhada de polihidrâmnio, apresentação pélvica ou de face, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, retenção de placenta ou atonia uterina.

Confirmado o diagnóstico de anencefalia, é muito importante o assessoramento multidisciplinar da paciente ou do casal. Observe-se que utilizamos o termo assessoramento genético e não aconselhamento. Nada aconselhamos, mas sim fornecemos todo tipo de informações

**30** Ementa do Projeto de Lei nº 5069: Acrescenta o art. 127-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Explicação da Ementa: Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto.

para que o casal decida livremente o que lhe parecer melhor. Integram este trabalho: obstetras, especialistas em medicina fetal, psicólogos e, eventualmente, religiosos. As pacientes devem receber todas as informações relativas ao diagnóstico e ao prognóstico fetal assim como riscos para a saúde da mulher. O assessoramento não deve ser diretivo por parte do médico. Outro aspecto muito importante é a questão da objeção de consciência. Médicos podem ter questões éticas ou religiosas próprias, mas estas não devem interferir na tomada de decisão das pacientes, como por exemplo manter ou interromper a gravidez em casos de anencefalia ou malformações fetais graves.

A partir da decisão do STF, não é mais necessário o pedido de alvará judicial caso a mulher se decida por interromper a gravidez em casos de anencefalia. Basta seguir as recomendações do CFM e a Norma Técnica de Atendimento em Gestações com Anencefalia publicada em 2014 pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

As causas dessa grave anomalia congênita são ambientais, genéticas multifatoriais, geográficas, sazonais e nutricionais. Sobre algumas destas causas não podemos interferir. Entretanto há décadas sabemos que a deficiência de ácido fólico (vitamina B9) é responsável por aproximadamente 50% dos casos de anencefalia. Por esta razão, o Ministério da Saúde tem uma política pública que consiste em acrescentar ácido fólico às farinhas e com isso contribuir para a minimização da ocorrência e da recorrência da anencefalia e de outros erros de fechamento do tubo neural. Além disso, médicos são orientados a prescreverem ácido fólico na dose de 400 microgramas diários pelo menos um mês antes da gestação e nos primeiros dois meses da gravidez.

É importante mencionar que o diagnóstico ultrassonográfico de anencefalia após 12 semanas é 100% seguro.

## **MALFORMAÇÕES FETAIS**

O diagnóstico das malformações fetais pode ser realizado através de diferentes metodologias disponíveis atualmente: ultrassonografia morfológica de primeiro e segundo trimestres da gestação, teste genético pré-natal não invasivo em sangue materno, amostra de vilocorial, amniocentese, estudos moleculares em amostras de vilocorial ou amniocentese, ressonância magnética fetal e ecocardiografia fetal.

A ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre é um teste de triagem para anomalias fetais que, realizado entre 11 e 13 semanas mais 6 dias, estuda principalmente a translucência nucal (TN), a medida do osso nasal e a dopplerfluxometria do ducto venoso. As informações obtidas neste exame acopladas à idade gestacional e à idade materna são analisadas em um programa computadorizado e estabelecem riscos para comprometimento fetal principalmente para as trissomias dos cromossomos 21 (Síndrome de Down), 13 (Síndrome de Patau) e 18 (Síndrome de Edwards). Aumento da TN pode estar relacionado a outras anomalias fetais entre elas as cardíacas. Trata-se de um exame que não faz diagnóstico, mas sim estabelece riscos para determinadas patologias fetais. Já no primeiro trimestre da gravidez, a ultrassonografia morfológica pode estabelecer com certeza o diagnóstico de anencefalia, grandes onfaloceles (hérnias na inserção do cordão umbilical), algumas displasias esqueléticas graves entre outras patologias.

A ultrassonografia morfológica de segundo trimestre é realizada a partir de 21 semanas de gravidez e estuda com grande precisão a anatomia fetal. Um grande número de patologias pode ser identificado por este exame entre os quais citamos apenas como exemplo: um grande número de anomalias esqueléticas entre as quais o nanismo clássico (acondroplasia), agenesias renais, anomalias estruturais do sistema nervoso central, defeitos cardíacos, displasia renal multicística, fissuras labiais e palatinas, higromas císticos, anomalias de membros, hérnias diafragmáticas, displasia adenomatosa pulmonar etc.

Estudos cromossômicos em amostra de vilos coriais a partir de 11 semanas de gravidez (Gollop et al, 1986) ou amniocentese a partir de 15 semanas (Nazareth et al, 1979) têm indicações precisas:

- Gestantes com idade igual ou superior a 35 anos
- Casais com filho anterior portador de cromossomopatia
- Um dos membros do casal com rearranjo cromossômico equilibrado
- Histórico de doença ligada ao cromossomo X
- Filho anterior com múltiplas malformações ou gravidez com feto multimalformado
- Determinação de paternidade

É importante mencionar que tanto a amostra de vilos coriais quanto a amniocentese são testes invasivos que,

por esta razão, tem um risco de perda gestacional baixo da ordem de 0,5%. Amostras de vilos coriais ou de líquido amniótico são, todavia, de fundamental importância para o diagnóstico molecular de centenas de doenças por mutações gênicas dominantes ou recessivas. Erros inatos de metabolismo, doenças do conjuntivo, hemoglobinopatias, distrofias musculares, esclerose tuberosa, Coréia de Huntington, Esclerose Lateral Amiotrófica, para ficar em alguns exemplos, permitem diagnóstico pré-natal já a partir de 12 semanas. Nestas patologias mais raras, é fundamental um assessoramento genético antes da gravidez para explicar aos consulentes todas as implicações e eventuais limitações destes exames.

Sendo assim foi de fundamental importância o desenvolvimento e a implantação clínica do diagnóstico pré-natal não invasivo pelo estudo do DNA fetal livre no plasma materno (LO et al, 1997) para avaliação de algumas anomalias cromossômicas fetais e para a determinação da paternidade. Este exame representou uma enorme revolução na medicina fetal. Ele passou a ser disponível no Brasil em maio de 2013. No Brasil, um dos grupos que liderou a implantação desta metodologia foi Pena et al, 2015. Para a realização do exame, é suficiente a coleta de 8 ml de sangue materno. Este último grupo estudou, até 2014, 804 gestações das quais 96,6% mostraram resultados normais, ou seja, estes foram tranquilizadores para quem realizou o exame. Apenas 3,4% resultaram em fetos anormais e, nestes casos, deve haver uma checagem de resultado por amostra de vilos coriais.

O diagnóstico pré-natal não invasivo pela análise de polimorfismos de base única (SNP, do inglês single nucleotide polymorphisms) fetais e maternos permite não só o diagnóstico confiável de anormalidades cromossômicas numéricas (trissomias 13, 18 e 21, monossomia X e triploidia) como também aberrações estruturais, a saber: microdeleção 22q11:2 (Síndrome de DiGeorge ou Síndrome velocardiofacial, microdeleção 1p36, duas síndromes de microdeleção (15q11-15q13) Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman, Síndrome de Cri-du-Chat (microdeleção 5p15,2). Além destas síndromes, é possível realizar o diagnóstico de vínculo genético de paternidade no feto.

Em situações especiais pode ser realizada a ecocardiografia fetal a partir de 21 semanas que permite um

estudo detalhado da anatomia cardíaca. A ressonância magnética, que não utiliza radiação ionizante, também pode ser utilizada durante a gravidez especialmente em casos nos quais há suspeita de anomalias do sistema nervoso fetal.

É importante mencionar a experiência recente relatada pelo Ministério da Saúde do Brasil em novembro de 2015 relacionando a infecção aguda de mulheres grávidas com o Zika vírus e a ocorrência de Síndrome do Zika Congênita. Esta relação foi estabelecida através do diagnóstico de microcefalia fetal por ultrassonografia e o isolamento do Zika vírus em material obtido por amniocentese. A Síndrome do Zika Congênita pode ser diagnosticada com larga margem de segurança através da ultrassonografia morfológica fetal de segundo trimestre. Deve ser lembrado que a infecção fetal por este vírus causa ventriculomegalia, calcificações no córtex cerebral, defeitos nos giros cerebrais e na fossa posterior. Assim os recém-nascidos poderão apresentar, quando infectados na fase intrauterina, retardo neuropsicomotor.

O assessoramento genético nas malformações fetais tem de ser cuidadosamente individualizado. Cada caso tem de ser discutido com a equipe multidisciplinar que agora além de incluir a medicina fetal, obstetria, Psicologia e religiosos, quando for o caso, deve incluir os especialistas das áreas que comprometem a saúde fetal. Nossa orientação tem sido encaminhar as pacientes grávidas para os colegas que poderão fazer o plano terapêutico do recém-nascido. Assim uma eventual hidrocefalia fetal deverá ser avaliada pelo neurocirurgião infantil que assim poderá informar as intervenções a serem feitas, seu resultado e as perspectivas futuras da criança. Este é um procedimento ainda pouco efetivado em nosso meio, mas de grande valia para as famílias. Também é importante fornecer aos consulentes bibliografia atualizada sobre a patologia que compromete o feto em linguagem acessível.

Para as patologias fetais incompatíveis com a vida é possível discutir-se eventual interrupção de gravidez, se for este o desejo do casal. Nestes casos sim é fundamental o recurso ao alvará judicial. Casos graves de trissomias 13 e 18, Síndrome Body-Stalk, Agenesia Renal Bilateral, Pentalogia de Cantrell com ectopia cordis, apenas para ficar em alguns exemplos, podem requisitar alvará judi-

cial desde que não sejam passíveis de tratamento após o nascimento e sejam seguramente incompatíveis com a vida. Para a requisição do alvará judicial são necessários: laudos de três médicos, cópia dos exames que atestam o diagnóstico, solicitação da paciente ou do casal, referência bibliográfica, laudo de psicólogo (em alguns locais do Brasil) e petição feita por advogado que poderá ser da Defensoria Pública. É sempre prudente lembrar que o indeferimento do alvará judicial em primeira instância, fato que ocorre na minoria dos casos, permite recurso para a 2ª instância.

A Medicina Fetal tem atualmente uma série de recursos que podem avaliar as condições do feto. Tecnologias como a ultrassonografia morfológica de primeiro e segundo trimestres, o teste genético pré-natal não invasivo feito no sangue materno a partir de 11 semanas, a ecocardiografia fetal e, quando bem indicados, a amniocentese, a amostra de vilo corial e a neuroressonância fetal são exames muito precisos. Anomalias fetais diagnosticadas devem ser cuidadosamente explicadas para a gestante e seu companheiro cabendo à grávida decidir o que fazer diante desses.

### **Referências bibliográficas**

---

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE. **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 54**, 2004. Disponível em: <http://daniellixavierfreitas.jusbrasil.com.br/artigos/139528479/adpf-54-a-antecipacao-do-parto-terapeutico-como-conquista-evolutiva-do-direito>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1480 de 1997**. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/documentos\\_tx/CFM1480.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/documentos_tx/CFM1480.pdf)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1752 de 2004**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1752\\_2004.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1752_2004.htm)

DINIZ, D; PARANHOS, F. **Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade**. Brasília: Anis; 2004.

GOLLOP T R. A Liminar do STF Sobre Aborto em Casos de Anencefalia: Onde Estamos e Para Onde Deveríamos Ir? **Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais**, n. 141, Ano 12/2004, p. 9 - 10.

GOLLOP, T.R.; VIANNA-MORGANTE, A.M.; NACCACHE, N.F. Chorionic villus sampling for early prenatal genetic diagnosis. **Rev. Brasil Genet.**, v.9, 1986, p.381-385.

LO YM; CORBETTA N.. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. **Lancet**, v. 350, 1997, p. 485-487.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos : norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

NAZARETH, H.R.S.; PINTO Jr., W.; ANDRADE, J.A.D. Diagnóstico pré-natal de aberrações cromossômicas - Primeira experiência brasileira. **Rev Bras Genet**, v. 4, n. 3, 1981, p. 459-470.

PENA SDJ; HELLER AH; BORGES MM; PENA BMA. Diagnóstico pré-natal não invasivo pelo estudo do DNA no plasma materno para avaliação da saúde genética fetal e para determinação da paternidade. In: URBANETZ AA; LUZ SH (orgs). **PROAGO Ciclo 12**, Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015, p 25-45.

**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.989/2012** (Publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p. 308 e 309)

# Estigma e complicações do abortamento induzido

---

*Leila Adesse e Mario F. G. Monteiro*

## **RELEVÂNCIA DO ESTIGMA COMO FATOR DE RISCO DE COMPLICAÇÕES DO ABORTO**

O Brasil é signatário dos tratados internacionais que selaram o compromisso com a promoção dos direitos reprodutivos e da saúde sexual e reprodutiva e a redução da mortalidade materna (SHAH; AHMAN, 2008). O Ministério da Saúde, em parceria com entidades profissionais, tem editado protocolos com diretrizes e normas para assistência às mulheres em situação de abortamento, valorizando tanto o incremento de sua qualidade técnica, como a promoção de cuidados integrais baseados nos princípios da humanização e da dignidade.

Os manuais ministeriais falam explicitamente da necessidade de mudanças de postura dos profissionais de saúde em todas as etapas do cuidado conferido às mulheres que abortam (acolhimento, orientação, abordagem clínica e cirúrgica, orientações pós-curetagem), segundo os princípios éticos de respeito à autonomia e à autodeterminação reprodutiva das mulheres e à relação médico-paciente pautada por liberdade de expressão livre de julgamento e de maus-tratos.

Tais iniciativas não têm sido suficientes para ajustar as práticas às necessidades das mulheres que abortam. Nas maternidades públicas, quando se trata de mulheres em situação de abortamento, esses princípios são muitas vezes negligenciados, comprometendo o acesso, a resolutividade e a integralidade da assistência (OMS, 2011).

Com apenas três indicações legais no Código Penal Brasileiro datado de 1940, o Brasil é um dos países com leis mais restritivas relacionadas ao aborto, igualando-se

ao Haiti e alguns estados africanos (CCR, 2015). Os casos de abortos provocados por meio de procedimentos rústicos e/ou aplicados por pessoas não capacitadas caracterizam os chamados abortos inseguros, expressão cunhada pela Organização Mundial de Saúde (2011) assumindo, assim, o caráter epidemiológico de serem os abortamentos inseguros como questão de saúde pública. Em nosso país, a prática do aborto induzido e inseguro é considerada ilegal e tais restrições jurídicas se imbricam com a prática do cuidado e, no cotidiano dos serviços, os profissionais convivem com inseguranças em relação a suas obrigações legais e dilemas morais. (COOK; DICKENS BM, 2014).

Dúvidas quanto aos limites do sigilo profissional – denunciar ou não as mulheres que praticaram o aborto – colocam o profissional em posição de conflito (ao menos subjetivo) com a lei. (FAUNDES, 2014).

Opiniões pessoais, valores morais e/ou discriminações variadas (classe, raça) podem enviesar a assistência, com críticas abertas ou veladas, maus-tratos, tratamento desrespeitoso, assistência impessoal, distante e com pouca atenção às necessidades das mulheres (SINGH et al, 2009). As manifestações de estigma sobre as práticas inseguras de aborto e sobre as mulheres que abortam têm sido uma preocupação dos pesquisadores que têm ressaltado a categoria estigma em seus estudos sobre saúde e doença. (KUMAR et al 2009; VILLELA;MONTEIRO, 2013).

#### **COMPLICAÇÕES ENTRE AS INTERNAÇÕES POR ABORTO, REGISTRADAS NO SISTEMA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - SUS. SÉRIE HISTÓRICA DE 2002 A 2014.**

Uma situação de negligência pode ser observada desde a etapa do acolhimento, nos procedimentos obstétricos e no preenchimento das fichas de abortamento.

Um dos estigmas e dos preconceitos em relação ao aborto resultam em uma atenção médico-hospitalar negligenciada, desatenciosa e descuidada, prestadas às mulheres pelos profissionais de saúde.

Em série histórica estudada com dados do período entre 2002 e 2014, foi possível, no entanto, observar uma relativa melhora na qualidade de atenção médica e hospitalar, com as complicações em consequência de aborto diminuindo em 28%, as infecções diminuindo em 55%

(menos da metade em 2014) e a proporção do grupo de outras complicações ou com complicações não especificadas sendo reduzidas quase pela metade em 2014 (houve uma redução de 46%).

É provável que os riscos de complicações do abortamento induzido tenham diminuído com o uso clandestino de misoprostol (Cytotec), a orientação para redução de danos para o aborto, melhoria na qualidade de atendimento às pacientes em situação de abortamento e a utilização de métodos mais seguros, como a aspiração manual intrauterina (AMIU) que é realizada por diversas instituições de proteção à saúde e aos direitos das mulheres.

**Tabela 1** - Porcentagem de complicações nas internações com diagnóstico principal de gravidez que termina em aborto. Brasil, 2002 e 2014

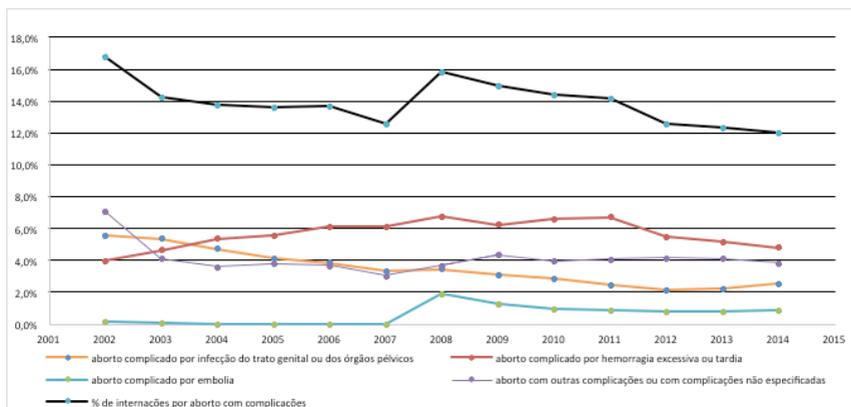
<b>Complicações</b>	<b>2002</b>	<b>2014</b>	<b>Mudanças relativas entre 2014 e 2002</b>
Aborto complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	5,6%	2,5%	-55%
Aborto complicado por hemorragia excessiva ou tardia	4,0%	4,8%	22%
Aborto complicado por embolia	0,1%	0,8%	460%
Aborto com outras complicações ou com complicações não especificadas	7,1%	3,8%	-46%
% de internações por aborto com complicações	16,8%	12,0%	-28%

Fonte: *Tabulações especiais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS*

O aumento na proporção dos registros de complicações, observado em 2008 e o aparecimento de registros referindo complicações por embolia, coincidentemente também em 2008, pode ser consequência de uma atenção maior ao preenchimento das fichas de abortamento e melhoria na qualidade de atendimento às pacientes em situação de abortamento.

As infecções podem se desenvolver a partir da inserção de instrumentos médicos não limpos para o útero, peças fetais que são erroneamente deixados no interior do útero ou bactéria que entra no útero durante a cirurgia.

**Gráfico 1** – Percentagem de complicações nas internações com diagnóstico principal de gravidez que termina em aborto. Brasil, 2002 a 2014



Fonte: tabulações especiais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Hemorragias são complicações comuns na sequência de um aborto, sendo às vezes fatal. São difíceis de tratar, e isso pode explicar um aumento relativo de 22% nas hemorragias excessivas ou tardias entre 2002 e 2014, mas que diminuíram gradualmente a partir de 2011.

## OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

Buscamos apresentar aqui o ciclo vicioso e perverso no qual a criminalização do aborto perpetua o estigma e, por sua vez, o estigma legitima a criminalização do aborto. Este ciclo possibilita a existência de um sistema composto de políticas, leis e práticas que discriminam as mulheres e violam os seus direitos humanos.

No âmbito individual, as mulheres encontram formas de exercer as suas escolhas reprodutivas à margem do sistema de forma solitária e silenciosa. Todavia, essas escolhas têm um preço alto para as mulheres e a sociedade em geral: o risco que o aborto inseguro representa para as suas vidas e a sua saúde e o risco do estigma social e o isolamento. Isoladas ou à margem da sociedade e de suas leis, tais mulheres vencem obstáculos cotidianamente para exercerem com autonomia as suas escolhas reprodutivas. Experiências que mostram esta situação foram observadas no documento “Autonomia reprodutiva

em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul” e são o exemplo vivo dessa resistência silenciosa a leis e práticas discriminatórias que subsistem em pleno século XXI (Galli B, Sydow E e Adesse L, 2010).

Acreditamos que a mudança do discurso público em relação ao aborto é central para diminuir o estigma e aumentar o apoio social para a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, e para que possam ser livres para determinarem os seus projetos de vida.

As categorias estigma e discriminação precisam ser tratadas de forma simultânea nos diferentes níveis nos quais se manifestam para reduzir o seu impacto nas vidas das mulheres e prevenir possíveis violações aos seus direitos humanos. Mas as lutas, discussões e campanhas contra o preconceito, a discriminação e o estigma do abortamento induzido não têm sido inúteis.

### **Referências bibliográficas**

---

Center for Reproductive Rights (CCR). **World Abortions Laws map on line**, 2015. Disponível em: [consultahttp://worldabortionlawas.com/map/2015](http://worldabortionlawas.com/map/2015)

COOK R; DICKENS BM. Reducing Stigma in Reproductive Health. **Int Journal Gynecol Obstet**, v.125, n.1, 2014, p.89-92

Faundes A. A professional duty to contribute toward preventing unsafe abortion and its consequences. **Int Journal Gynecol Obstet**, v.125, 2014, p. 51-52.

GALLI B; SYDOW E; ADESSE L. **Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2010. Disponível em [http://aads.org.br/arquivos/MS\\_Casos2010.pdf](http://aads.org.br/arquivos/MS_Casos2010.pdf)

KUMAR A. et al. Conceptualizing abortion stigma. **Cult. Health and Sex**, V.11, N.6, 2009, P. 625-639

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Aborto sem riscos: guia técnico e políticas para sistemas de saúde**. Genebra: OMS, 2003.

Shah I; Ahman E. Unsafe Abortion in 2008: global and regional levels and trends. **Reprod Health Matters**, V.18, N.36, 2010, p.90–101

Singh S; Wulf D; Hussain R; Bankole A; Sedgh G. **Abortion worldwide: a decade of uneven progress**. New York: Guttmacher Institute, 2009. Disponível em <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>

Villela W; Monteiro S. (Orgs). **Estigma e Saúde: Desafios teóricos epistemológicos e políticos da pesquisa sobre estigma e discriminação no campo da saúde**. Editora Fiocruz. 2013.

# Da clínica da assistência à clínica da perícia: sobre os serviços de aborto legal no Brasil

---

*Vanessa Canabarro Dias*

Conheci as vivências e histórias de mulheres vítimas de violência sexual como psicóloga de um serviço público de saúde do Distrito Federal. 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. O atendimento às mulheres vítimas de violência traz a cuidadora para perto de uma história real que não é a sua, mas que poderia ter sido, mostrando com terrível nitidez a dor dessas mulheres. O sofrimento das mulheres que procuram o abortamento previsto em lei é o meu foco<sup>31</sup>. Essas mulheres têm um direito previsto no Código Penal Brasileiro que lhes assegura a realização do procedimento. Porém, há diversos fatores que dificultam seu acesso aos serviços públicos de saúde (MADEIRO; DINIZ, 2015; DINIZ et al, 2014a; DINIZ et al, 2014).

## **O ABORTO LEGAL NO BRASIL**

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 mulher; 2. Quando a gravidez é decorrente de estupro e há o consentimento da mulher, ou seu representante legal, para a realização do aborto (CÓDIGO PENAL, 2001). Mais recentemente, em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que o aborto não deveria, também, ser penalizado

**31** Este artigo é parte da minha tese de doutoramento em Ciências da Saúde, pela Universidade de Brasília.

nos casos de anencefalia. Quando previsto em lei, o abortamento 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 três casos, mas o primeiro serviço de aborto legal no Brasil só foi instituído em 1989 (SCAVONE, 2008). A interrupção das gestações decorrentes de estupro, até a década de 1980, embora um direito da mulher, raramente era realizada em hospitais públicos, levando as mulheres que não desejavam prosseguir com a gravidez a recorrerem ao aborto clandestino ou a levarem a termo a gestação mesmo contra a sua vontade (FAÚNDES et al, 1996).

Visando proteger a vítima de estupro e oferecer os cuidados que ela necessita, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, destinada aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Esse documento 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. A interrupção da gravidez pode ocorrer até a 22ª semana de gestação e quando opta pelo abortamento, a mulher não precisa apresentar boletim de ocorrência policial (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal, uma vez que sua palavra deve ter credibilidade ética e legal, pois os procedimentos médicos não devem ser confundidos com procedimentos reservados à polícia ou à Justiça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Embora o Código Penal conceda o direito ao abortamento, são poucos os hospitais que realizam o aborto legal no Brasil. Segundo dados da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 62 hospitais estão cadastrados como de referência para a realização do aborto legal no país (SPM, 2010). Em estudo recente, Alberto Madeiro e Debora Diniz recontaram os serviços e identificaram 68 deles no Brasil (MADEIRO; DINIZ, 2015). Destes, apenas 37 estavam ativos e realizavam o abortamento em casos de estupro. Além disso, 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 aborta-

mento 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 abortamento legal. Dos 37 serviços ativos, em 35 não há equipe específica para o abortamento legal, sendo o atendimento realizado por quem estiver no plantão; em dois deles, contrariando a Norma Técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), só se atendem mulheres com idade gestacional até 14 semanas; em dois, a mulher precisa conversar com o advogado do hospital; em três, ela precisa passar por uma consulta com o psiquiatra (MADEIRO; DINIZ, 2015). O Código Penal não exige o boletim de ocorrência policial e o laudo do exame de corpo de delito e conjunção carnal, nem tampouco, exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de estupro. Entretanto, no cotidiano das mulheres que procuram pelos serviços de aborto legal, é recorrente que tais documentos sejam solicitados pelas equipes de saúde. De acordo com o estudo de Madeiro e Diniz (2015), em cinco dos serviços ativos de aborto legal, exige-se boletim de ocorrência policial; em três, há necessidade de que a mulher realize o exame de corpo delito no Instituto Médico Legal (IML) e, em três, ela precisa apresentar o alvará judicial. Tais dados nos mostram as dificuldades impostas às mulheres para que tenham acesso ao abortamento previsto em lei.

A história de Severina, contada no filme de Debora Diniz e Eliane Brum em 2005, ilustra o sofrimento de uma mulher na procura por atenção ao abortamento (DINIZ; BRUM, 2013). Severina estava grávida de um feto inviável e, mesmo com alvará judicial para realizar o abortamento, teve o procedimento negado porque os médicos anestesistas recusaram-se a atendê-la. Ela teve todas as dores para parir o feto, que já nasceu morto. 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” (p. 34), não pode se recusar a prestar atendimento (CFM, 2010). Nas demais situações, ele não deve ser obrigado a contrariar suas crenças. O dispositivo que prevê a recusa de profissionais de saúde ao dever de assistência por razões morais é chamado de *objeção de consciência* (DINIZ, 2013).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Norma Téc-

nica Atenção Humanizada ao Abortamento, para guiar profissionais e serviços de saúde também nos casos de mulheres que buscam esses serviços em decorrência de aborto inseguro, pois “as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 5). As duas normas técnicas do Ministério da Saúde 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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 abortamento inseguro, pois trata-se de casos de urgência.

Portanto, mesmo que o médico alegue objeção de consciência, é dever da instituição garantir que a mulher realize o abortamento, 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, a expõe 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).

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 abortamento 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.

## VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTAMENTO: UM DIREITO

A gravidez decorrente de violência sexual articula o tema da violência com o da violação do corpo das mulheres e o da prática do aborto, carregada de significações éticas, morais e religiosas (VILLELA ; LAGO, 2007). Tal violência expõe a mulher a um duplo sofrimento: o de ter sido violentada e o de ter engravidado. E, ainda, o de ter de enfrentar um serviço de saúde que a acolha na sua decisão de realizar o abortamento. Compreender o que se passa nos serviços de aborto legal seria uma maneira de ampliarmos as matrizes 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 (BUTLER, 2009). Parte-se do pressuposto de que a mulher que chega a um serviço de saúde, por exemplo, é alguém que precisa ser ouvida. Sem esse reconhecimento, torna-se difícil o acesso a direitos. Os sujeitos que não contam como humanos não são sujeitos protegidos pela lei, pela norma, pelo direito e ficam expostos aos poderes ilimitados e soberanos do Estado.

Nesse contexto, a lei é tida como uma tática, conforme propõe Michel Foucault, para a governabilidade (FOUCAULT, 2009). Nessa tática, a lei tem valor instrumental, mas não é obrigatória. A suspensão da lei, nesse sentido, é discricionária e deixa espaço para o surgimento do poder soberano, no qual sujeitos podem tomar decisões unilaterais sem ter de responder a nenhuma autoridade legítima (BUTLER, 2009). 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). Nos serviços de aborto legal, tal poder permitiria que decisões como realizar ou não o abortamento fossem tomadas de maneira independente. As práticas dos profissionais de saúde fazem parte de um dispositivo de governabilidade, mas o poder de decisão que eles exercem — se a mulher fará ou não o abortamento — 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. E, nesse sentido, a mulher pode não ter acesso a um serviço ao qual teria direito (BUTLER, 2009).

De acordo com Veena Das, o testemunho de mulheres que viveram uma violência extrema “não é algo que se revele num movimento linear e preciso. É, antes, um texto rabiscado, reescrito diversas vezes” (DAS, 1999, p.36). Muitas mulheres não conseguem significar e narrar suas experiências dolorosas (RODRÍGUEZ, 2013). E na maioria das vezes, não há marcas no corpo que comprovem a violência vivida. Por isso, o acesso à vivência das mulheres torna-se complexo, e o papel dos profissionais dos serviços do aborto legal por vezes se confunde com o de perito e de investigador à procura de provas para um crime (DINIZ et al, 2014). Tal política de suspeição acaba por gerar uma engrenagem na qual indícios precisam ser buscados para legitimar o discurso da mulher como um discurso de verdade. A investigação e o testemunho sobre a veracidade da fala da mulher é o que dará direito ao aborto previsto em lei. 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. Dessa forma, há um paradoxo duplo no testemunho, uma espécie de estatuto da violência legítima para a garantia de direitos. Não basta ter sofrido uma violência. O direito ao aborto legal só é concedido a mulheres que foram estupradas, mas o testemunho da mulher não é suficiente para que ela tenha o direito reconhecido.<sup>32</sup> O desafio consiste em conhecer quem fala e tem a experiência da violência e quem sustenta o discurso autorizado, crível e legítimo. 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 (FASSIN, 2008). 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).

Nas situações de risco de morte e nos casos de anencefalia, os exames clínicos e de imagem, assim como os relatórios médicos facilmente atestam a história da mulher. É nos casos de estupro que a disputa moral ganha fôlego no Brasil. Nesse sentido, as equipes de saúde que realizam o aborto legal no Brasil se organizaram, não só para acolher as mulheres, mas para periciá-las. A mulher precisará provar que está falando a verdade e não está enganando o serviço. Os profissionais de saúde, portanto, criaram estratégias próprias para avaliar a história da mulher.

<sup>32</sup> 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.

O presente estudo pretendeu conhecer, por meio do discurso de profissionais que atuam em serviços de aborto legal, como se constroem as provas para que a mulher tenha acesso ao direito do abortamento quando engravida 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.

## AS ENTREVISTAS

Foram realizadas 82 entrevistas qualitativas com profissionais de saúde que atuam em serviços de aborto previsto em lei em cinco capitais do Brasil, um em cada região, sendo 26 delas com médicos, 19 com assistentes sociais, 18 com psicólogos, 10 com enfermeiros e quatro com profissionais diretores de unidades de saúde<sup>33</sup>. 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. Os serviços eram de referência para a região geográfica na qual se localizavam - Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste e foram selecionados por terem efetivamente realizado aborto legal em 2012 e 2013.

O projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (UnB) antes da coleta dos dados e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi feita entre março de 2013 e janeiro de 2014. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras no próprio hospital e tiveram como foco o aborto por estupro. 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.

<sup>33</sup> Esse estudo faz parte de um estudo mais amplo sobre os serviços de aborto legal no Brasil realizado pela ANIS – Instituto de Bioética. Parte dos resultados desse estudo já foi publicada in Diniz, Débora; Dios, Vanessa; Mastrella, Myrian e Madeiro, Alberto. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. Bioética*, v.22, n.2,2014, p.291-8.

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

O programa do abortamento 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 detém efeitos de verdade, para a realização do abortamento nos casos previstos em lei. São esses profissionais os legitimados para dar a palavra final sobre a possibilidade ou não da mulher realizar o abortamento previsto em lei. Em função disso, quando uma mulher consegue chegar a um serviço de abortamento legal no Brasil, há um regime de suspeição em curso que anima a realização de táticas e práticas periciais para investigar a narrativa da mulher sobre o estupro. Apesar de algumas diferenças específicas entre os serviços, as entrevistas mostraram que, em pelo menos quatro dos cinco serviços de referência estudados, havia uma engrenagem que funcionava a partir desse regime de suspeição. E para que tivesse acesso ao direito de realizar o abortamento, a mulher precisou se submeter a diversos testes de verdade, mesmo que, por vezes, tais testes fossem alheios a regras, normas e princípios característicos da formação 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 (FOUCAULT, 2011), é uma forma mecânica de poder essencial para a soberania arbitrária, assim como, para a burocracia aplicada. Na fala de um profissional descrita a seguir 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 no nosso protocolo, mas acho que não é previsto isso”.*

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 a mulher ir até a delegacia, 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 regula o acesso a um direito, no caso aqui, o direito ao abortamento legal. Foucault (2011) refere 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 abortamento previstos 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, se submeter a exames, preencher formulários e comportar-se de uma determinada maneira para que seja reconhecida como uma mulher que engravidou de uma violência sexual com direito ao abortamento 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 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 descrevem-se o modo de vida da mulher, seus costumes, sua história. Assim, o comportamen-

to da mulher ou sua vestimenta, por exemplo, passam a ser considerados como 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 abortamento legal. Ou seja, a mulher precisa ser caracterizada como uma verdadeira vítima de um estupro e não como uma mulher mentirosa que deseja realizar um abortamento 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 descrita a seguir é de uma profissional de um desses serviços. Nessa fala, o profissional se refere a 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 a troca da droga pelo corpo... aí a gente constata que ela está se contradizendo... e aí ela não é atendida (para o abortamento)”*.

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 abortamento. Não importou a vontade da mulher e 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 à mulher teria vendido seu corpo em busca da droga, teria sido algo consensual e não um estupro. É essa a verdade da mulher, 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 da mulher 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 de ter vários parceiros. São qualificações morais, refere 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 considerados moralmente como um

defeito, sem ser patologicamente doença e nem se constituir como uma 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 da 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, não se considera o ato sexual como um estupro.

O exame psicológico e social permite constituir um duplo psicológico-ético do testemunho da mulher, 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, 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 um nexo 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 se 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 tá 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 alimentar-se. Não pode ter ido para a balada, 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. 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 e de que ela não seria, portanto, uma criminosa. 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 abortamento 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 fisicamente no ato sexual, então não era estupro. O pessoal do plantão, dois plantões seguidos, se recusou a fazer porque acharam que ela gostara, 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 considerá-la como uma verdadeira vítima. Tal pensamento grotesco foi utilizado como justificativa pelo serviço para negar o direito ao abortamento à menina. Para o profissional, ela gostou do ato violento, portanto não teria sido um estupro. E, portanto, não terá reconhecido seu direito ao abortamento. O que é levantado no exame são elementos biográficos que não seriam propriamente princípios explicativos da verdade da mulher, mas, como refere 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 a ser associados ao ato violento de tal forma a explicá-lo ou justificá-lo. Seria como 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, se dublam com o saber de juiz, se constituindo como a figura soberana que irá avaliar a verdade do estupro da mulher. Serão profissionais juizes. 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 abortamento não foi realizado.

Para que se tenha o veredicto, além da palavra da mulher sobre o acontecimento do estupro, é necessário que a idade gestacional esteja de acordo com a data da violência, ou seja, é necessário que tenha nexos causal entre a data da violência e o tempo de gestação. Mas isso ainda não é suficiente. A mulher precisa contar sua história para vários profissionais, e ser reconhecida pela equipe de saúde como uma mulher não mentirosa. Se não bastasse, precisa encontrar uma equipe de saúde que se disponha a realizar o procedimento. 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 que fica passando a bola para frente, e quando um não quer fazer, passa para o próximo e para o próximo e para o outro...”*.

A permanência da mulher no hospital à espera de um profissional que a atenda no seu direito ao abortamento já é por si só uma violência. Grande parte dos serviços de aborto legal não oferecem leitos específicos para a realização do procedimento do abortamento, 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 uma história sobre o porquê 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.

Além disso, por mais que a legislação seja clara no sentido de não responsabilizar a equipe nas situações de abortamento legal, ainda há insegurança por parte dos profissionais. Na fala destacada a seguir, um profissional fala sobre o receio de um médico de sua equipe: *“A maior dificuldade é a insegurança do médico quanto à questão legal. Ele tem medo que a justiça caia em cima dele depois que ele fizer uma coisa dessas...”*.

Mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados pela moral hegemônica do aborto como um ato violador. Eles 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 abortamento isento de punição. Quando a violência sexual entra em cena, a criminalidade, nos termos da nossa lei penal, deve desaparecer.

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. Função ubuesca porque pueril, porque grotesca. 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 abortamento 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. E o que aparece no hiato entre a lei penal e o direito da mulher ao abortamento é o personagem do Ubu agindo a favor desse poder com sua dupla função entre cuidador e juiz, entre a assistência e a sentença.

## A INSTITUIÇÃO A SERVIÇO DO PATRIARCADO

Os serviços de abortamento legal do Brasil possuem uma engrenagem a serviço de um poder patriarcal, na qual as mulheres serão periciadas e interpeladas para funcionar a partir de 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 abortamento 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 o instinto da maternagem, refere Diniz (2014). Realizar o abortamento seria romper com essa norma. Gênero é uma norma, discute Butler, no sentido de ser uma forma de poder social que produz o campo inteligível de sujeitos e um aparato pelo qual o binarismo de gênero é instituído. (BUTLER, 2006.). 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 que engravidaram vítimas de um estupro, por outro, o mesmo sis-

tema 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 abortamento, e é, também, o que irá dizer que o abortamento está fora da norma, está fora da lei. Por ser uma exceção, os serviços precisam identificar quais mulheres poderiam realizar o abortamento. Se grávida de um estupro, haveria direito ao abortamento. 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 abortamento legal não é vista inicialmente como uma mulher em busca de um direito, mas como uma mulher que pode supostamente estar mentindo. Uma mulher que pode estar fora da norma. O encontro da mulher que procura o abortamento 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 abortamento legal, a mulher rompe com as normas hegemônicas de gênero e nesse sentido desafia o poder patriarcal. Ao mesmo tempo, em que desafia esse poder, reconhece-o como soberano, pois é somente se submetendo a ele que ela poderá realizar o abortamento. O aborto, seja ele legal ou não, foge a regra do gênero, perturba e faz com que a mulher seja punida se não for pela lei penal, pela soberania do patriarcado. 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 abortamento 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 a partir de 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.

### **Referências bibliográficas**

---

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

BUTLER, J. **Deshacer** gênero. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, J. **Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre lasujeción**. Madrid: Cátedra, 1997.

**Código Penal**. São Paulo: Saraiva; 2001. Colaboração de Antonio L. de Toledo Pinto, Márcia V. dos Santos Windt e Livia Céspedes.

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 [acesso em nov. 2011]. Disponível em: [http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo\\_etica.pdf](http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf).

DAS, V. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos. **RevBrasCiêncSoc**, v.14, n.40, 1999, p. 31-42.

DINIZ, D.; DIOS V.; MASTRELLA M.; MADEIRO A. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioética**, v.22, n. 2, 2014a, p.291-8.

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

DINIZ, D. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. In STEVENS C; OLIVEIRA S; ZANELLO V (orgs). **Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas**.

Florianópolis: Ed Mulheres, 2014. Disponível em: <http://www.coloquiodefeminista.com/historico-do-evento>

DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.9, 2013, p.1704-6.

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

FASSIN, D.. The humanitarian politics of testimony: subjectification through trauma in the Israeli-Palestinian conflict. **Cultural Anthropol**, v.23, n.3, p. 531-58.

FAÚNDES, A; BEDONE, A; PINTO E SILVA, J L. I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei – Relatório final. **Femina**, v.25, 1996, p. 1-8.

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

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

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

MADEIRO, A.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**. No prelo. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao abortamento**. Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf)

Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. eampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

RODRÍGUEZ, R. El poder del testimonio, experiencias de mujeres. **EstudFem**, v.21, n.3, 2013, p. 1149-1169.

SCAVONE, L. Políticas feministas do aborto.  
**EstudFem**, v.16, n.2, 2008, p. 685-90.

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM).  
**Mulheres em pauta: políticas para as mulheres em números**,  
n. 69, ano 6/2011. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/spmulheres/mulheres-em-pauta/boletins-do-anos-anteriores/boletim-mulheres-em-pauta-ano-vi-no-69>.

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

VILLELA, W.;LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p. 471-5.



PARTE 2

**O MITO DO AMOR  
MATERNO PERSISTE  
NA PSICOLOGIA?**

---

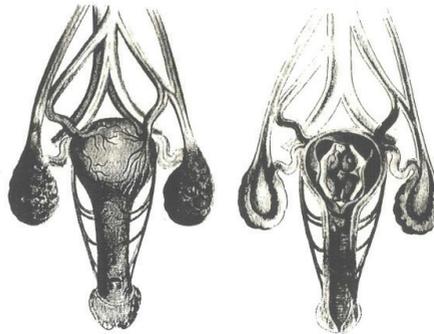


# Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia

Valeska Zanello

Segundo Laqueur (2001), a ideia/teoria de uma diferença sexual substantiva e binária-oposta (homem, mulher) nem sempre existiu. O sexo “oposto” é um produto criado no final do século XVIII. Até o século XVII, como demonstrou o autor, o que se buscava eram os aspectos em comum dos órgãos reprodutores masculino e feminino. A base desta percepção era a teoria aristotélica, a qual defendia não haver distinção essencial entre homens e mulheres, mas de graus. Neste sentido, acreditava-se que a mulher era um homem menor, atrofiado, com o pênis embutido. A imagem abaixo, do século XVI, é um exemplo de retratação desta semelhança.

**Figura 1-** Exemplo de retratação dos órgãos genitais femininos, por Georg Bartisch, em 1575. Retirado de [http://jaclynngscrapbook.blogspot.com.br/2011\\_02\\_06\\_archive.html](http://jaclynngscrapbook.blogspot.com.br/2011_02_06_archive.html). Percebe-se claramente o foco sobre a semelhança com o pênis masculino.



Figs. 30–31. On the left are the penislike female organs of generation from Georg Bartisch, *Kunſtbuche* (1575). On the right the front of the uterus is cut away to reveal its contents.

A explicação da diferença de graus entre homens e mulheres era atribuída à presença de maior ou menor quantidade de calor durante a gestação. Neste sentido, como exemplifica Laqueur (2001), existiam relatos críveis de meninas que, ao correr (e por isso, aquecer por demais o corpo), transformavam-se em meninos.

Porém, como apontamos, houve uma grande transformação no século XVIII. A partir deste momento histórico, passou-se a enfatizar as diferenças entre homens e mulheres, e sua oposição. Ao se questionar sobre as razões para tamanha mudança, Laqueur (2001) é taxativo: “A história da representação das diferenças anatômicas entre mulheres e homens é independente das verdadeiras estruturas destes órgãos (...). A ideologia, não a exatidão da observação, determina como eles foram vistos e quais as diferenças importantes” (Laqueur, 2001, p.111).

A “novidade”, neste momento histórico, é a consolidação do capitalismo, o qual trouxe uma grande promessa até então inimaginável nas sociedades europeias: a mobilidade social. No entanto, esta mobilidade se apresentou como possibilidade para os homens e não para as mulheres. Como justificar esta diferença? É neste âmbito que se firma a mudança de enfoque e de percepção da relação entre homens e mulheres. A diferença de “graus” anterior se transformou em verdadeiro abismo. As diferenças físicas passaram agora a serem utilizadas para a construção e a justificativa das desigualdades sociais. Uma das mais importantes foi a que se deu na divisão do espaço público e privado. Novidade essa também trazida pela ascensão do capitalismo usou a diferença física para naturalizar certas performances: dos homens, no espaço público e do trabalho; das mulheres, na maternidade e no âmbito doméstico.

Mas o que queremos dizer com “naturalizou performances na/da maternidade”? A maternidade não é “natural”?

O primeiro ponto que precisamos destrinchar é a relação (não necessária) entre capacidade de procriação e maternagem. Se a primeira ainda é possibilidade de apenas parte da população humana; a segunda é uma habilidade que pode ser desenvolvida em qualquer um(a). O modo como esta habilidade é incitada e em quais sujeito(s) são questões que variam no decorrer da história e, também, com diferenças entre culturas distintas. Neste sentido, a maternidade deve ser pensada como uma construção social.

34 Segundo a autora, em 1780, em Paris, de 21 mil crianças que nasciam anualmente, 19 mil eram enviadas para casas de amas e mil eram amamentadas por amas em suas próprias casas.

35 Com diferenças de “serviço” de acordo com a classe social e possibilidade financeira.

36 Exemplo físico desta ideia era o uso constante e comum de enfaixamento dos bebês no século XVII e e em boa parte do XVIII. Enfaixar a criança era um hábito que se justificava pela necessidade de mantê-la dura, passível de ser pendurada em um prego. O objetivo era proteger a criança de animais em geral e, especificamente, ratos. Ao ficarem muito tempo nesta posição e defecando e urinando sem poder se mexer, muitas iam a óbito.

Com o advento de um outro olhar sobre a infância, sobretudo o interesse político de que as crianças chegassem à vida adulta, foi caindo em desuso a utilização dessas faixas. Por outro lado, a criança, antes imobilizada e que não necessitava de grande atenção, passou a exigir vigília constante e o abandono de outras atividades e interesses pessoais dos adultos, no caso, as mães- cuidadoras “naturais” do rebento.

Badinter (1985) estudou parte das transformações históricas da vivência de maternidade na cultura ocidental, europeia. Segundo a autora, no século XVII e em boa parte do XVIII<sup>34</sup>, foi prática comum e amplamente aceita que mulheres entregassem seus filhos para amas de leite e cuidadoras<sup>35</sup>, e que só voltassem a ver o filho, quando este não morria, em média quatro anos depois. E isso sem que nenhum drama de consciência as perturbasse. De acordo com a autora, dentre outras razões, as mulheres tinham outras prioridades e interesses que o bebê.

É no século XVIII que o olhar sobre a criança se modificou e começou a se configurar a maternidade como um ideal para as mulheres. Mas essa passagem não se deu de maneira amena e foi necessário todo um trabalho de convencimento para que as mulheres abandonassem seus interesses pessoais para se dedicarem a seus rebentos. Nesse momento, vistas como homens menores, as mulheres não possuíam os mesmos direitos políticos que eles. Nem as mesmas regalias e reconhecimento social.

Com a baixa de contingente de pessoas na Europa, em função das mortes provocadas pela fome, doenças e guerra, bem como pelo alto índice de mortalidade infantil, os governantes começaram a exaltar as mulheres para cuidarem de suas crias, pois a elas caberia cuidarem do futuro do Estado. Discurso ideológico, mas altamente sedutor: para quem não tinha direitos, a promessa de algum reconhecimento já parecia grande coisa. Tratava-se, em um primeiro momento, de convencer as mães a amamentarem seus filhos. No entanto, esta tarefa foi se ampliando, com a ajuda da construção de discursos tão ideológicos quanto, porém recobertos ora com uma roupagem religiosa e, posteriormente, com uma roupagem científica (da medicina e, mais tarde, do campo *psi*). Assim, não apenas exigiu-se da mulher amamentar sua cria, mas cada vez mais, no decorrer do tempo, foram solicitadas atividades de educação, formação do caráter, etc.

Quanto mais o filho passou a ocupar o lugar de sua majestade o bebê/rei, mais exigiu-se, com a cumplicidade do pai, que a mãe abrisse mão de suas aspirações como pessoa<sup>36</sup> (Badinter, 1985). Houve uma associação ideológica das palavras “amor” e “materno”, “que significa não só a promoção do sentimento, como também da mulher enquanto mãe” (Badinter, 1985, p. 146). A tática, como apon-

tamos, ao invés de vir pela punição ou obrigação, veio pela sedução: elogios às “boas” mães... Além disso, havia promessa de igualdade para elas (na divisão dos trabalhos, entre o âmbito público do homem e privado das mulheres) e de felicidade na maternidade. A sedução, assim, vinha através de uma promessa de novas possibilidades:

*Inconscientemente, algumas delas perceberam que ao produzir este trabalho familiar necessário à sociedade, adquiriam uma importância considerável, que a maioria delas jamais tivera. Acreditaram nas promessas e julgaram conquistar o direito ao respeito dos homens, o reconhecimento de sua utilidade e de sua especificidade. Finalmente, uma tarefa necessária e ‘nobre’ que o homem não podia, ou não queria, realizar. Dever que, ademais, devia ser a fonte da felicidade humana (Badinter, 1985, p. 147).*

O acesso à educação por parte das mulheres veio pelo empoderamento como mães: a preocupação não era com as mulheres, mas com as educadoras das crianças. As mulheres se afirmaram então como “função”: de esposa<sup>37</sup> e de mãe. Elas passaram a existir somente em relação ao outro (Badinter, 1985, p. 25):

*... é uma personagem relativa e tridimensional. Relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho. Tridimensional porque, além dessa dupla relação, a mãe é também uma mulher, isto é, um ser específico dotado de aspirações próprias que frequentemente nada têm a ver com as do esposo ou com os desejos do filho.*

Dizer que as grandes transformações sociais e econômicas, no século XVIII, com sua nova percepção das diferenças entre homens e mulheres, criaram um ideal de maternidade e a naturalização de um “sentimento materno”, não quer dizer que muitas mães não tenham amado seus filhos em séculos anteriores, mas sim que esta atitude nunca foi universal.

<sup>37</sup> Em fins do século XVIII e início do XIX, firma-se também um ideal de casamento burguês, cujo ponto culminante seria a procriação.

Faz-se mister pensar, também neste sentido, as especificidades da chegada de tais ideais no Brasil colônia e que configuração tomaram no encontro com as culturas indígenas e negras, presentes também no país. Del Priore (2009) traça este histórico no Brasil colonial, apontando a forte misoginia e um profundo desejo de normatizar as mulheres: “o enorme interesse emprestado à domesticação da mulher revelava também o consenso masculino sobre o poder civilizador da maternidade” (p.15). Tratou-se de uma domesticação que visava ao processo de povoamento, em um projeto demográfico que preenchesse os vazios das terras recém-descobertas, tendo a Igreja Católica e, posteriormente, a Medicina, importante papel.

A diversidade de situações entre as mulheres era grande, ou seja, havia situações distintas para mulheres brancas livres e negras escravas, por exemplo. Estas últimas ademais de terem que dispor de seus corpos para o desejo do homem branco, eram tidas como um “investimento”, pois além do prazer sexual proporcionado, podiam aumentar com seu ventre, via procriação, o número de escravos de um senhor. Infelizmente, a maior parte destas histórias se perdeu pela falta de registro. Del Priore (2009) aponta que havia uma preocupação moral com as proles frutos da miscigenação, as quais eram tidas como ilegítimas e perigosas. Os bastardos eram, em sua maioria, crianças negras. Aqui o patriarcalismo mostrou sua face sexista e racista.

Em geral, o que se percebe é que a pessoa da mulher ficou cada vez mais subsumida nas funções maternas e domésticas (de sua própria casa e/ou na casa de outras mulheres). A mensagem propalada é de que uma boa mãe deveria se apagar em favor de suas responsabilidades para com seus filhos, com a promessa de felicidade. A partir de então, não amar os filhos tornou-se um crime, uma aberração, a qual deveria ser evitada, ou sendo impossível, disfarçada. Por outro lado, a mãe foi cada vez mais sacralizada: criou-se uma associação de um novo aspecto místico à maternidade, a de santa.

Se, em um primeiro momento, o discurso ideológico utilizado foi o do instinto materno, a partir da década de 1920, esse foi sendo substituído pelo da “maternidade científica”, ou seja, “o exercício da maternidade fundamentado em bases científicas” (Freire, 2006, p.45). A autoridade das comadres, mães, tias, avós, foi substituída

pela palavra do médico, em primeiro lugar, e depois pelos especialistas dos cuidados infantis, dentre os quais os psicólogos e psicanalistas. Freire (2006) aponta o caráter ambivalente desta nova configuração da maternidade:

*A ideologia da maternidade científica significou para as mulheres um reforço à sua condição de mãe, transformando a maternidade em profissão feminina, objeto de formação técnica específica. Como a prática da maternidade nesses novos moldes exigia inserção no universo científico, esse aspecto a aproximava do mundo masculino racional, deslocando-a da esfera estritamente doméstica e lhe conferindo novo status. Deslocamento que mantém certa tensão interna, pois atualizava em substância a função maternal, sem ao mesmo tempo desconsiderá-la como inerente à natureza feminina. (Freire, 2006, p. 50)<sup>38</sup>*

Ou seja, a partir de 1920, o ideal de amor (espontâneo) da mãe pelo filho persiste (Thomaz, 2015), mas entende-se que precisa ser burilado e supervisionado pelos especialistas (médicos, educadores, políticos, economistas, pedagogos e profissionais *psis*).

Além disso, o ideal de maternidade passa a ser veiculado por propagandas de modo em geral. Há uma “transferência gradativa do aprendizado da maternagem de um ambiente doméstico, familiar, tradicional e feminino para um ambiente público, midiático, científico e masculino” (Thomaz, 2015, p.4). Se no início do século 20 a representação da imagem da mulher era diretamente relacionada à felicidade da família e como responsável por seu bem estar (e por servir ao homem), no final desse século, pode-se observar mudanças, mas com a persistência do valor da maternidade, vendida como a realização da mulher, sem rachaduras em que se possa perscrutar qualquer rasgo de insatisfação, sofrimento, frustração ou não-desejo de ser mãe. A mãe representada é sempre uma mulher feliz com essa função. A diferença é que agora, além do filho e da família, ela precisa cuidar de si mesma (sobretudo fisicamente) e de sua carreira profissional. O território midiático (nutrido pelos discursos dos especialistas, tais como pe-

<sup>38</sup> Para esta autora, a maternidade representou para muitas mulheres das classes média e alta urbanas um meio de emancipação e de acesso à educação, à atividade filantrópica e atividade profissional.

diatras, psicólogos, pedagogos, etc. e ao mesmo tempo nutridor deles) alimenta cotidianamente o imaginário social (Thomaz, 2015), mas não só isso, constitui-se em verdadeira “tecnologia de gênero”.

Este foi um termo cunhado por Teresa de Lauretis (1984) e refere-se às tecnologias sociais, práticas críticas institucionalizadas e atos da vida cotidiana que possuem a função de constituir indivíduos concretos em homens e mulheres, promovendo o engajamento em modelos de subjetividade socialmente desejáveis. Ou seja, engendram modos e processos de subjetivação, criam e reafirmam modos de sentir e de (se) perceber.

Abaixo apresentamos um exemplo de propaganda atual de mulheres exercendo o papel da maternidade. Trata-se de um banner da campanha de amamentação do Ministério da Saúde e foi afixado nas maternidades em todo o Brasil. Se prestarmos atenção na imagem, podemos perceber uma mulher linda (penteada, maquiada, magra- como poucas mulheres conseguem estar com um bebê), sorridente e feliz, amamentando uma criança. Sua expressão demonstra contentamento e satisfação. Não há lacunas nas quais apareçam insatisfação, cansaço, arrependimento (de ter engravidado e dado continuação à gestação), raiva, ou mesmo dor. A mensagem é clara: uma “verdadeira mulher-mãe” não sente ambivalência e se compraz em amamentar a sua cria.

**Figura 2-** Campanha publicitária do Ministério da Saúde/Brasil, em 2012, com o intuito de incentivar o aleitamento materno.



Onde é representado o mal estar da maternidade? Ou o não desejo de ser mãe? Este silêncio e invisibilidade parecem existir não apenas no campo midiático, mas também em outro campo onde as diferenças poderiam e deveriam ser acolhidas: no campo da Psicologia. Para adentrarmos nessa questão, precisaremos antes aprofundarmo-nos na relação entre tecnologias de gênero e processos de subjetivação.

### **TECNOLOGIAS DE GÊNERO E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: O DISPOSITIVO MATERNO E OS DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA**

A palavra “gênero” pode ser compreendida em sentidos diferentes. Ela foi tomada historicamente pelo menos em duas acepções. Primeiro, na década de 1960/70, como papel social construído sobre a existência supostamente inquestionável de diferenças sexuais entre homens e mulheres. Por exemplo, o papel dos cuidados domésticos para as mulheres e o papel de provedor para os homens.

Em um segundo momento, a partir do final da década de 1980, a palavra foi definida como “performance(s)”, pela filósofa Judith Butler (2012). Inicialmente, a autora criticou a ideia de identidade de gênero, compreendida como uma entidade fixa, imutável. Para ela, o gênero é fluido. Além disso, seria impossível ter acesso ao sexo/corpo fora de uma leitura de gênero (da cultura). Aqui não se trata de negar que existam diferenças corporais (pois elas existem aos montes, mesmo entre duas mulheres ou dois homens), mas antes de apontar como e porque exatamente estas diferenças foram tomadas de uma determinada forma, para justificar espaços sociais de maior ou menor empoderamento. O acesso ao corpo seria, assim, desde sempre interpretado pela linguagem e pela cultura, configurando uma percepção que nunca é “pura” ou neutra. Como vimos, a diferença foi traduzida em oposição e desigualdade. O que Butler destaca então é que a diferença sexual é uma construção de gênero.

Em sua perspectiva, gênero seria uma repetição estilizada de performances (Butler, 1990). Estas performances são interpeladas desde que nascemos. São como *scripts* de uma peça de teatro, na qual cabe certa liberdade na execução, mas com limites. Há uma microfísica do poder a garantir estas performances e sua manutenção. Quando esses *scripts*

não são performados, há outras formas de controle punitivo, desde os mais brandos (como os xingamentos<sup>39</sup>) à prisão.

Um dos principais mecanismos de incitação das performances gendradas são as tecnologias de gênero. Dentre elas, como vimos, encontramos as propagandas, os filmes, as músicas. Atualmente, as tecnologias de gênero têm provocado dois aspectos naturalizados e considerados como fundamentais para a “plena” realização de uma mulher: o amor (dispositivo amoroso) e a maternidade (dispositivo materno). Estes se constituem como os caminhos privilegiados de subjetivação existentes em nossa cultura para elas (Zanello, 2016).

Dizer que as mulheres se subjetivam hoje, em nossa cultura, pelo dispositivo amoroso, implica em dizer que as mulheres se subjetivam em uma relação consigo mesmas mediadas pelo olhar de um homem que as escolha. A metáfora que criei para compreendermos esta ideia é a da “prateleira do amor”. Dito de outra forma: as mulheres se subjetivam na prateleira do amor. Sua autoestima é constituída e validada pela possibilidade de “ser escolhida” por um homem, para se tornar, de “verdade”, uma “mulher”<sup>40</sup>. Esta prateleira é regida por um ideal estético, o qual vem se construindo desde o começo do século passado e possui a característica de ser branco, louro, jovem e magro (Del Priore, 2000; Novaes, 2006). Quanto mais distante desses ideais, maior o impacto sobre a autoestima das mulheres e maiores são as chances de se sentir “enclachada”, ficando em posições mais desfavoráveis na prateleira. Por outro lado, por mais que momentaneamente uma mulher se encontre em uma suposta “boa” posição, continua ainda vulnerabilizada, pois está fadada a envelhecer, engordar, “ficar fora do mercado”.

Ser subjetivada na prateleira do amor torna as mulheres extremamente vulneráveis, visto que, se é necessário “ser escolhida”, nem sempre importa tanto quem as escolha. Isso empodera os homens, os quais são erigidos como avaliadores<sup>41</sup>. Eles são os maiores beneficiários do dispositivo amoroso das mulheres. Além disso, subjetiva as mulheres em uma relação de rivalidade com as demais: para ser passível de ser escolhida, preciso brilhar mais ou apagar o brilho alheio. O amor (ou essa forma de amar) é algo identitário para as mulheres, diferentemente do que ocorre com os homens<sup>42</sup>. Não me estenderei nesse tópico,

39 Pesquisei por quase uma década o tema xingamentos e relações de gênero. Consultar: 1) Zanello, V.; Bukowitz, B.; Coelho, E. (2011); 2) Zanello, V.; Gomes, T. (2010); 3) Zanello, V.; Romero, A. C. (2012).

40 O parâmetro é sempre a heterossexualidade compulsória.

41 Quem avalia os homens são os próprios homens. Inclusive esta é uma prova importante para a masculinidade. Ver Zanello (2016).

42 Com isso não quero dizer que os homens não amam, mas que não se sentem incompletos ou infelizes por não estarem amando, ou sendo amados, ou em uma relação amorosa, seja qual for. Se estão solteiros, investem em muitas oportunidades de usufruir a vida, nas relações de amizade, no trabalho, em viagens, etc. Em nossa cultura, em geral, os homens aprendem a amar muitas coisas e as mulheres aprendem a amar os homens. A relação monogâmica heterossexual implica quase sempre esta dissimetria de investimentos e dedicação (Zanello, 2016).

mas aos leitores interessados, sugiro consultar outros artigos e vídeos já publicados<sup>43</sup>.

Uma das chancelas de sucesso no dispositivo amoroso, além do ser escolhida (e se casar), é o tornar-se mãe dos filhos de um homem. Muitas mulheres entram na maternidade através do dispositivo amoroso. Trindade & Enumo (2002) apontam justificativas que os participantes de sua pesquisa apresentaram para o fato de uma mulher não poder ter filhos, ser um problema. A principal delas foi a “naturalização”, seguida pelo “casamento”.

A naturalização se deu tanto sob a ótica natural/biológica, quanto do valor social da maternidade. Exemplos de falas dos participantes, apresentados pelas autoras (Trindade; Enumo, 2002): “... as mulheres têm instinto materno, necessidade de ser mãe”; “Porque o sonho de toda mulher é ter um filho”(solteira); “Porque as mulheres querem filhos querem ter bebês para criar, amar, dar carinho” (casada sem filhos); “... é triste, a realização da mulher é pelo filho, independente de ser casada. Faz parte da mulher” (casada sem filhos); “... nós mulheres nascemos com esse dom de gerar, de dar à luz. Mesmo quando criança a menina brinca com boneca, fantasiando ser sua filhinha. Então é uma coisa que já faz parte da identidade da mulher” (casada com filhos).

Na categoria “casamento” foram incluídas falas que apontavam ser o filho necessário para a felicidade ou manutenção do casamento. Exemplos de falas foram: “Porque senão o marido vai procurar outra que dê um filho a ele” (casada sem filhos); “Porque senão o casamento acaba. O filho serve pra quebrar a rotina” (casada com filhos); “...a mulher é muito romântica, então quando encontra o homem que ama, quer ter um filho seu com ele, dar essa felicidade a ele. Ter um filho é algo que só ela pode”.

As autoras concluem, em relação às mulheres, que “como crença e como prática, ainda hoje se concebe o filho como recurso para ‘segurar seu homem’ ou como exigência para a legitimação do casamento” (Trindade; Enumo, 2002). Persiste, portanto, uma versão romântica e idealizada do valor social da maternidade.

Como houve uma naturalização das funções sociais historicamente atribuídas às mulheres (dedicação, docilidade, abnegação, sacrifício), maternidade e feminilidade se tornaram sinônimos. Segundo Mansur (2003), o tema

<sup>43</sup> Zanello (2016). Consultar vídeos na página <https://saudentalegenero.wordpress.com/>

da maternidade mobiliza as mulheres, pois elas sabem que não ter filhos, por opção, circunstância ou impedimento, implica em desviar-se de uma norma secular e instaurar uma significativa diferença. É como se ela não se realizasse por inteiro. Em geral, são excluídas e estigmatizadas como mulheres “tristes e incompletas” (Trindade; Enumo, 2002). Além disso, são colocadas em xeque identitariamente como mulheres (“de verdade”): expostas às políticas simbólicas que tentam direcioná-las para a maternidade, acabam encarando a maternidade como destino e completude. Não ter um filho pode trazer, portanto, o sentimento de que falta algo fundamental, causando profundo sofrimento: “A maternidade é tão fundamental para a noção de feminilidade que a reorganização da identidade ameaçada leva tempo para ser alcançada” (Mansur, 2003, p. 10).

Apesar de as pesquisas de Mansur e Trindade & Enumo (2002) terem sido realizadas, respectivamente, nos anos de 2002 e 2003, o relatório do IPEA, divulgado em 2014, parece confirmar a persistência destas crenças e valores. Foi realizado um grande levantamento em todo território brasileiro, cujos resultados apontam que 78,7% dos participantes (homens e mulheres) concordam total ou parcialmente que “Toda mulher sonha em se casar” e quase 60% acredita total ou parcialmente que “Uma mulher só se sente realizada quando tem filhos”. Aqui dispositivo materno e amoroso aparecem entrelaçados.

Segundo Kehl (1998),

*Maternidade e casamento significariam uma espécie de ponto de chegada para a mulher, a partir do qual nada mais é esperado dela, nem no plano erótico nem no sublime; no erótico é como se a feminilidade não tivesse qualquer outra função depois de ter cumprido seu único objetivo, a conquista de um homem que lhe desse filhos” (p. 261).*

A maternidade é idealizada como um salto “qualitativo” na vida da mulher, além de levá-la à conquista de benefícios psicológicos e sociais (Trindade; Enumo, 2002).

O dispositivo materno diz respeito, assim, a um lugar de subjetivação no qual as mulheres são constituí-

das como cuidadoras “natas”. Como vimos, e este é o foco do presente artigo, esse dispositivo se construiu historicamente, sobretudo a partir do século XVIII, momento esse no qual a capacidade de maternagem foi compreendida como desdobramento da capacidade de procriação. As mudanças culturais que se operaram não foram apenas externas, mas demandaram mudanças subjetivas. Foucault (1996) aponta ter havido a passagem de um poder repressivo a um poder constitutivo. Das retaliações da Igreja, por exemplo, no século XVIII às mães que abandonavam seus filhos ou deles não cuidavam com o devido esmero, algo novo se produziu: a culpa materna. Houve uma colonização dos afetos, traduzindo sua vitória no sentimento de culpa das mulheres. Esse, tão constante na fala daquelas que são mães nos dias atuais, é o sintoma de que a interpelação de certas performances e subjetivação pelo dispositivo materno deram certo. Assim, as mulheres se culpam, quando mães, por cuidarem demais, por cuidarem de menos, por não cuidarem. Culpam-se também por não desejarem ser mães, quando descobrem uma gravidez; por se arrependem de ter tido um filho (apesar de muitas vezes amá-lo, ambivalência); por não se disponibilizarem a cuidar dos outros.

Esse último é um aspecto importante, pois, ainda que uma mulher não tenha seus próprios filhos, ela é vista como naturalmente cuidadora (capaz de “maternar”), podendo e devendo empregar esse “dom” no cuidado de outras pessoas: dos pais, irmãos, sobrinhos, doentes da família, etc. Além disso, esse “cuidado” se desdobra em uma naturalização dos cuidados domésticos, cabendo a elas, também, em grande parte, até hoje, os serviços de casa<sup>44</sup>. Uma mulher que não priorize o cuidado com os outros (filhos, marido, família), geralmente é julgada como egoísta, fálica e outros termos que, no uso, adquirem um caráter pejorativo.

A seguir, selecionamos uma imagem para exemplificar o funcionamento do dispositivo materno nas mulheres<sup>45</sup>.

Na imagem ao lado (paródia), vemos como a maternidade provoca o dispositivo materno das mulheres em um sentido bem específico. A maternidade é uma questão identitária para as mulheres, de uma maneira que a paternidade geralmente não o é para os homens<sup>46</sup>.

**44** Segundo o IBGE (2012), 94,85% das mulheres exercem dupla jornada (trabalham fora e dentro de casa), contra somente 5,2% dos homens. O IBGE aponta ainda que a média de horas semanais gastas com trabalho doméstico para as mulheres é de 27,7 h, enquanto homens trabalham apenas 11,2h.

**45** Os homens se subjetivam, em nossa cultura, pelo dispositivo da eficácia, o qual se baseia na virilidade sexual e laborativa. Não adentraremos nessa discussão por não tangenciar o objetivo do artigo. Leitores interessados podem consultar Zanello (2016).

**46** Um homem que abandone seus filhos, não será definido existencialmente por esse ato. Uma mulher que abandone seus filhos deverá guardar segredo sobre isso, sob pena de severo julgamento moral social. Por outro lado, uma mãe dedicada e abnegada será visto como algo “normal” e esperado; já um pai dedicado, receberá elogios e admiração social, pois está além do que se acredita ser normal esperar de sua performance. Os homens são demandados identitariamente pelo dispositivo da eficácia, baseado na virilidade sexual e laborativa. Ver Zanello (2016).

**Imagem 3-** Imagem retirada do Facebook (sem assinatura ou identificação de quem a criou). Podemos ver claramente como maternidade e paternidade interpelam diferentemente mulheres e homens. A maternidade é uma questão identitária para as mulheres. Já a paternidade, para os homens, envolve aspectos de outra ordem. O que se incita neles é a performance de “ser provedor”, dentro do dispositivo da eficiência. Não ser pai, ou um ser um pai ausente, não os coloca em xeque identitariamente.



Como sublinhamos, não há espaço na mídia para a representação dos sentimentos de ambivalência, raiva, cansaço, frustração das mulheres quando mães. Ou do não desejo de sê-lo. A maternidade é pintada a partir de um ideal que não distingue a mulher real ao encontro de uma função que se delineou social e historicamente nos últimos séculos e que tem sido marcada por uma sobreposição de tarefas, muitas das quais, inclusive, a mulher não pode controlar (por exemplo, a formação da personalidade da criança). A Psicologia também deu o seu quinhão na construção dessa maternidade, sobretudo através da ideia de higienização e do controle dos afetos, ao prescrever o que seria uma “boa mãe” e os efeitos “nefastos” de uma mãe má.

Segundo Mansur (2003) e Caplan (2012), na Psicologia, em geral, as pesquisas se fixam sobre gravidez, maternidade e relação mãe-filho, raramente abordando (enfocan-

do) o (des)encontro da pessoa da mulher com a função da maternidade. As autoras apontam a invisibilidade e a ausência de problematização desta questão nas teorias *psís*.

Parte-se de certo pressuposto psicologizante que serve para naturalizar a maternidade nas mulheres e patologizar aquelas que não querem e escolhem não ser mães. Neste sentido, pouco se fala sobre as mulheres que optaram por não ter filhos:

*... muitas vezes, foi atribuído ao fenômeno da não-maternidade um caráter de homogeneidade que não corresponde à realidade das mulheres sem filhos e que promoveu generalizações indevidas; outras vezes, não houve preocupação em contemplar os componentes socioculturais envolvidos, priorizando apenas as características intrapsíquicas das mulheres estudadas e utilizando referenciais teóricos considerados ultrapassados (Mansur, 2003, p. 5).*

Além disso, há uma patologização da infelicidade e insatisfação das mulheres no exercício da maternidade, parece não haver espaço para ouvir esse mal estar. Quando se fala de maternidade, na Psicologia, a ênfase é quase sempre a preocupação com a criança e os efeitos da mesma sobre sua constituição.

Caplan (2012) realizou, neste sentido, um interessante levantamento de todas as publicações envolvendo o tema da “maternidade” nos últimos 10 anos, pela APA. De todos os artigos levantados, uma média de 60% apontavam as consequências da maternidade sobre a criança (e não sobre a mulher encarregada desta função). Além disso, na análise destes artigos, Caplan encontrou uma patologização das mães que, quando cuidadosas eram lidas como intrusivas e, quando não tão cuidadosas, eram vistas como negligentes. A conclusão é de que a maternidade era interpretada, quase sempre, como problemática e causadora de diversos distúrbios psicológicos. A autora listou, ao final de sua pesquisa, 72 transtornos mentais indicados como decorrentes da maternidade. Isso nos faz lembrar o apontamento de Badinter (1985) de que

*...os pais se considerarão cada vez mais responsáveis pela felicidade e a infelicidade dos filhos. Essa nova responsabilidade parental, que já encontrávamos entre os reformadores católicos e protestantes do século XVII, não cessará de se acentuar ao longo de todo o século XIX. No século XX, ela alcançará seu apogeu graças à teoria psicanalítica. Podemos dizer desde já que se o século XVIII a confirmou, acentuando a responsabilidade da mãe, o século XX transformou o conceito de responsabilidade materna no de culpa materna (Badinter, 1985, p. 179)*

47 Apesar de certas abordagens no campo *psi* discordarem teoricamente da ideia de instinto materno, ainda se pode ouvir dos clínicos “não é só a criança que nasce, mas a mãe” ou “quando a criança nasce, nasce também a mãe”. Parece-me que estas frases operam analogias falsas, pois o sentido do verbo “nascer” para o bebê (fisicamente) é bem diferente do sentido do verbo “nascer” para a mulher que vira mãe. Esta última tem que se submeter a certas regras que, de um lado, colocam em xeque a necessidade de abrir mão de sua liberdade anterior (não porque seja natural, mas como já apontamos, é a construção ideal deste momento histórico) e, por outro, que não se ressentam por serem sobrecarregadas de tarefas ditas “maternas”. De preferência, que se sintam felizes e plenas.

Edmonds (2012) sublinha, neste sentido, o quanto a crença cultural pervasiva de que as mães são o único ou principal fator causal ou responsável pelo mau comportamento dos filhos ou de seus problemas psicológicos persiste e tem uma história. A autora analisou meta-criticamente, sob uma perspectiva feminista, várias teorias clássicas no campo da psicopatologia/saúde mental, apontando o quanto psicólogos e outros profissionais de ajuda participaram na construção da “culpa materna”, sobretudo através da teorização etiológica das psicopatologias ou transtornos mentais infantis, nas quais se compreende as mães como causa primária dos distúrbios psicológicos. Apesar de haver vários fatores possivelmente envolvidos, além de uma particularidade de cada criança, a mãe é apontada como o fator principal na formação daquela criança. Não se leva em consideração, portanto, outros fatores que influenciam a infância. Este tipo de literatura técnica acaba por se constituir como tecnologia de gênero na formação dos clínicos e em sua escuta, o que os leva a reproduzirem como *fato* esta construção ideológica. Note-se, neste sentido, os poucos ou quase inexistentes estudos acerca dos efeitos psíquicos sobre as mulheres do encontro com esta função idealizada (e, para parte das mulheres, pesada) da maternidade.

Segundo Edmonds (2012), esta ideologia opera baseada em duas crenças: a primeira, de que cuidar e nutrir emocionalmente uma criança de forma altruísta é algo simples, visto que “natural” e instintivo para as mulheres<sup>47</sup> e, segundo, que este cuidado pode ser dado independentemen-

te das necessidades da própria mãe: de sua segurança e saúde emocional. Neste sentido, além de não se perguntar sobre as condições nas quais a mulher é convocada a perfomar o papel materno, não se fala tampouco sobre os pais. Como aponta a autora, em geral estes são retratados como passivos, almas sem esperança aguardando compaixão desde que estariam “dominados” pela mesma “mulher má”, assim como a criança. Mesmo em casos onde há violência contra a mulher, ela é culpabilizada tanto da relação com o filho quanto com a relação conjugal: cabe a ela convocar aquele pai que ali “deveria” aparecer.

O homem é desresponsabilizado de suas performances, eles são poupados, assim como no patriarcado em geral, de avaliações, mesmo pelas teorias psicológicas. As mães são vistas quase como onipotentes e intencionais no seu repúdio ou dificuldade de exercer a maternagem. Elas não aparecem como sentindo-se sozinhas, com medo, necessitadas, frustradas e sem suporte<sup>48</sup>. Além disso, mesmo quando os autores utilizam o termo “pais que rejeitaram a criança”, Edmonds (2012) sublinha que se refere quase sempre às mães. O resultado é um sentimento de culpa, falha e ansiedade, presente comumente nas mulheres que se tornaram mães.

Aqui gostaria de propor duas situações imaginárias para ilustrar essas ideias aos leitores. A primeira delas: imagine que a mãe de um bebê de três meses busque atendimento de um profissional da Psicologia, com a queixa de não sentir nenhum prazer com os cuidados com aquela criança. O marido divide as tarefas, eles possuem boa condição financeira, mas ela não se sente realizada com a nova situação de vida e, muitas vezes, lamenta ter tido aquele bebê. Quais seriam as chances dessa mulher ser ouvida sem um julgamento clínico através de uma psicologização (De Vos, 2013)? Em geral, a leitura será a busca de algo na vida dessa mulher que justifique a insatisfação (problemas na infância, problema com a própria mãe, problema com a própria “feminilidade”, etc). Se ela apresentasse grande satisfação, o profissional buscaria razões para tamanha alegria? Isso mostra o quanto este ideal é introjetado nos profissionais em geral. Proponho que, se a construção da maternidade é social e histórica, a constituição desta vivência deve ser pensada e problematizada em todas as situações, sob a perspectiva das relações de gênero.

48 Mesmo em situação cuja demanda é altíssima, como em casos de mães de autistas ou esquizofrênicos.

Segunda situação: imaginem que uma mulher em seu segundo mês de gravidez busque apoio psicológico, pois, em crise, não sabe como ter clandestinamente acesso aos meios abortivos. Ela é uma profissional estabelecida, tem um relacionamento estável, mas não quer ser mãe. Que tipo de escuta, em geral, ela encontraria? Não haveria uma leitura de um “egoísmo” ou “imaturidade” por parte desta mulher? Dentre outras leituras, não seria “uma resistência a desabrochar nela a mulher?”, “Deixar de ser filha para se tornar mãe?”<sup>49</sup>.

49 Frases proferidas por profissionais da Psicologia, em supervisão clínica.

50 A infertilidade carrega concepções estigmatizantes para a mulher, tais como tristeza, frustração, cobrança dos outros, solidão, pessoa inferior, etc. (Trindade & Enumo, 2002).

51 Faz-se mister enfatizar as profundas mudanças que se operam na vida das mulheres depois que essas tenham parido. Como vimos, trata-se de um acréscimo de responsabilidades, o qual se operou nos últimos um século e meio. No entanto, estas mudanças podem ser amenizadas por diversos fatores, como o econômico. Mulheres com maiores recursos podem sofrer menos as consequências destas mudanças e se adaptar mais facilmente à nova situação. Um exemplo seria a possibilidade de contar com o auxílio de creches, babás e enfermeiras. Ou seja, não podemos esquecer que a maternagem encontra-se em uma encruzilhada na qual se encontra a interseccionalidade entre gênero, raça e classe.

O que se percebe é a ausência, na Psicologia, de problematização da construção cultural da maternidade e do (des)encontro das mulheres com a mesma. Fazendo uma analogia com a ideia de Camus (2010), no Mito de Sísifo, quando destaca que o suicídio coloca em xeque o valor e o sentido da vida, podemos apontar que a opção pela não maternidade talvez questione a naturalidade e o mal estar da maternidade na contemporaneidade. Não querer ter um filho é diferente de querer e não poder<sup>50</sup>, implicando fatores psíquicos que merecem e precisam ser melhor investigados pela Psicologia, em uma perspectiva de gênero.

A Psicologia acaba por se constituir como sentinela dos valores da maternidade e se assegurar como poderosa tecnologia de gênero. No entanto, Smith e Morrow (2012) sublinham a necessidade de se ouvir melhor estas mulheres que não querem ter filhos ou aquelas que sentem desprazer na maternidade, com o intuito de convidá-las a serem produtoras de um conhecimento a partir de suas experiências, mais do que ouvir seus relatos a partir de conceitos predefinidos e cada vez mais medicalizados, como por exemplo, sob o signo da “depressão pós-parto” nos casos de maternidade infeliz<sup>51</sup>.

Se em outras ciências os estudos de gênero produziram desdobramentos tanto epistemológicos quanto nas pesquisas, na Psicologia estamos ainda muito aquém destas possibilidades. O estudo sobre a(s) maternidade(s) e a maternagem é um destes temas com grande potencial de revisão crítica e construção teórica. Se as teorias “científicas” podem ser, elas também, tecnologias de gênero, mais do que nunca é necessária uma faxina epistemológica de nosso campo, colocando à prova a própria aspiração universal da noção de “maternidade”.

## Referência bibliográfica

---

Badinter, E. **Um amor conquistado- O amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

Butler, J. Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. In: Case, S.-H. (Org.). **Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre**. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1990, p. 296-314.

Butler, J. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. (4ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

Camus, A. **O Mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

Caplan, P. J. Who decides if mothers are crazy? From Freud's Mother to Today's. In: Wong, G. (Org). **Moms gone mad: Motherhood and madness, oppression and resistance**. Bradford: Demeter Press, 2012, p.79-92.

De Vos, J. **Psychologization and the Subject of Late Modernity**. New York: Palgrave McMillan, 2013.

Del Priore, M. **Corpo a corpo com a mulher- Pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil**. São Paulo: SENAC, 2000.

Del Priore, M. **Ao sul do corpo. Condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: Unesp, 2009.

Edmonds, R. The persistence and destructiveness of mother-blame in psychological Theory. In: Wong, G. (Org). **Moms gone mad: Motherhood and madness, oppression and resistance**. Bradford: Demeter Press, 2012, p.48-63.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

Freire, M.M. de L. **Mulheres, mães e médicos. Discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920)**. Tese de doutorado. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **PME**. Brasília, 2012. Retirado em 17/10/2016 de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/Mulher\\_Mercado\\_Trabalho\\_Perg\\_Resp\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf)

IPEA. **SIPS- Sistema de Indicadores de Percepção Social. Tolerância social à violência contra as mulheres**, 2014.

Kehl, M.R. **Deslocamento do feminino**. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

Lauretis, T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda, H. B. **Tendências e Impasses- O feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984, p. 206-242.

Laqueur, T. **Inventando o sexo- Corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

Mansur, L.H.B. Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n.4, 2003, p. 2-11.

Novaes, J. V. **O intolerável peso da feiúra- Sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: PUC/Garamond, 2006.

Smith, J.; Morrow, M. Mothers, madness and labour of feminist practice. Responding to women in the perinatal period. In: Wong, G. (Org). **Moms gone mad: Motherhood and madness, oppression and resistance**. Ontário: Demeter Press, 2012, p. 21-34.

Thomaz, R. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Galaxia**, São Paulo, n.29, jun 2015, p. 155-166.

Trindade, Z.A.; Enumo, S.R.F. Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, 2002. Acessado em 23/04/2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Zanello, V. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: Dimenstein. M.; Leite, J.; Macedo, J.P.; Dantas, C. (Orgs.). **Condições**

**de vida e saúde mental em assentamentos rurais.** 1ed.  
São Paulo: Intermeios Cultural, v. 1, 2016, p. 223-246.

Zanello, V.; Bukowitz, B. & Coelho, E. (2011). Xingamentos entre adolescentes em Brasília: linguagem gênero e poder. **Interacções**, v. 7, n. 17, 2011, p.151-69.

Zanello, V. & Gomes, T. Xingamentos masculinos: a falência da virilidade e da produtividade. **Caderno Espaço Feminino**, v. 23, n. 1-2, 2010, p. 265-80.

Zanello, V.; Romero, A. C. "Vagabundo" ou "vagabunda"? Xingamentos e relações de gênero. **Revista Labrys**, 2012.  
Disponível em: <<http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys22/libre/valeskapt.htm>> Acesso em: 21 setembro 2014.

# Mães ofensoras: Loucas? Más? Desconstruindo o mito da maternidade <sup>52</sup>

---

*Aline Xavier e Valeska Zanello*

A infância é compreendida como uma fase do desenvolvimento que requer cuidados e atenção privilegiados, na qual a família teria as “funções básicas e irredutíveis de socialização primária das crianças, para que se tornem membros da sociedade na qual nasceram”, sendo atribuição da família a “estabilização das personalidades adultas da população” (Bruschini, 1990, p. 53). Tendo em vista que em nossa sociedade ainda é atribuída à mulher a função de principal cuidadora dos filhos, logo, caberia a ela a formação e o desenvolvimento biopsicossocial das crianças.

Cobra-se das mulheres que a maternidade seja sua principal função, atributo de um suposto aparato biológico. Segundo Caplan (2012), as mães nunca são consideradas suficientemente boas, sendo sempre culpadas por não criarem filhos que correspondam aos padrões sociais de excelência, “praticamente perfeitos”. Como pensar então nas mães que não cumprem tais padrões sociais e que são consideradas negligentes ou que usam a violência física e ou psicológica no exercício da maternidade? A presente pesquisa tem como foco mulheres que são denunciadas como ofensoras de seus filhos, sendo consideradas pelos órgãos responsáveis por garantir os direitos de crianças e adolescentes como negligentes e violentas.

Não se trata aqui de justificar a violência ou negligência cometida por essas mães, mas de compreendê-las para além do julgamento e da visão dessas mulheres como más, anormais ou egoístas. Busca-se nesta pesquisa compreender os padrões gendrados a respeito do papel social de

<sup>52</sup> Este capítulo foi extraído da dissertação defendida pela primeira autora e orientada pela segunda, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGPSICC) da Universidade de Brasília.

mãe, possibilitando um espaço de escuta que propicie ressignificar o exercício da maternidade sem o uso de violência, ou, ainda, percebendo como a maternidade pode ser fator de risco para o adoecimento mental de mulheres. Para tanto, faz-se mister compreender o fenômeno da violência perpetrada por mães contra seus filhos, e como os cuidados à criança (atribuídos em nossa sociedade especificamente às mães) pode ser fator de risco para a incidência de violência e para o adoecimento mental feminino.

### **UMA MATERNIDADE CONSTRUÍDA: HISTÓRIA E ESTUDOS DE GÊNERO**

Segundo Badinter (1980) a maternidade como é conhecida atualmente é resultado de um processo histórico que acabou por subjugar e garantir às mulheres o pertencimento ao âmbito doméstico. Ao longo da história, a diferença no aparato sexual foi usada como explicação natural para a hierarquia de poder entre homens e mulheres nos mais diversos espaços: familiar, social, profissional, relacional entre outros. A partir de discursos médicos, jurídicos, biológicos e religiosos, as mulheres tiveram seu lugar social, sua forma de ser e a formação de sua subjetividade e identidade demarcadas, na cultura ocidental, por delimitações androcêntricas (Laqueur, 1992; Moura; Araújo, 2004; Scavone, 2001; Scavone, 2001; Vargas; Moás, 2009; Schimdtt-Pantel, 2003; Pedro, 2003; Matos, 2003; Del Priore, 1952).

Em “O Mito do Amor Materno”, Badinter (1980) expõe como a compreensão da maternidade foi alterada ao longo dos séculos de acordo com mudanças sociais e econômicas que acabaram por mistificar o “instinto materno” em uma suposta essência feminina, agindo de forma a impossibilitar caminhos existenciais para mulheres que não a maternidade. Segundo a autora, é no contexto socioeconômico do século XVIII, marcado, na Europa, por declínios populacionais devido às pestes e guerras; pela mudança de ordem econômica e social e pela consequente alteração no foco ideológico da família (marcado agora pelo ideal libertário e pelo discurso do amor romântico), que há a criação de um amor materno enaltecido, idealizado, mistificado.

É nesse momento histórico que se atribui a maternidade como uma identidade imposta à mulher: os discursos

médicos e filosóficos mudam baseados no bojo da família burguesa, reforçando o lugar da mulher no âmbito privado do lar e redefinindo sua posição na família como mãe (Moura; Araújo, 2004; Pedro, 2003; Matos, 2003; Saraiva; Brasil, 2010; Badinter, 1980; Del Priore, 1952). Há a construção de novos ideais de feminilidade e masculinidade, corroborados por uma leitura biológica e médica (Laqueur, 1992; Nunes, 2011; Badinter, 1980; Del Priore, 1952). Dois sexos biologicamente diferentes passam a ser, devido a convenções, socialmente desiguais.

Estende-se o conceito de reprodução a uma ideia de que é da “natureza feminina” a educação e os cuidados com os filhos, restringindo à mulher seu lugar de pertencimento: o lar (Moura; Araújo, 2004; Matos, 2003; Badinter, 1980). Nesse sentido, cabe a ela cuidar das crianças de forma tenra e amorosa. Segundo Badinter (1980), o ideário iluminista defendia o enclausuramento da mulher no âmbito privado, em plena oposição aos ideais de liberdade e igualdade vigentes na época. Nunes (2011, p. 106) afirma que:

*Para que esse nascente ideal feminino não entrasse em conflito com os ideais igualitários que defendiam, esses pensadores [iluministas] formularam e inscreveram um ideal feminino ancorado em uma suposta essência naturalmente determinada que acabou por negar às mulheres o estatuto de cidadãs. Com o argumento de que mulher não era nem inferior nem imperfeita, e sim perfeita em sua especificidade. Descreviam-na como dotada de características físicas e morais específicas de seu sexo e condizentes com a função materna e a vida doméstica; o oposto do homem que seria mais apto à vida pública, ao trabalho e às atividades intelectuais. Não propunham uma relação de inferioridade e sim complementaridade. Apontavam então como características da essência feminina atributos como: fragilidade, doçura, afetividade, passividade e capacidade de sacrifício. Características consideradas fundamentais para os cuidados com a infância. Associa-se a*

*maternidade e a feminilidade a uma ética do cuidado com o outro. A educação das meninas deveria ser voltada para a formação de um caráter dócil e passivo, condição para o sucesso do casamento e da vida familiar (Rousseau, 1992 [1762]).*

Scavone (2001) aponta que a maternidade é um fenômeno consolidado no decorrer dos séculos XIX e XX, período em que o papel social de mãe passa a ser respeitado e empoderado dentro do lar. Com o aumento das responsabilidades da casa e dos cuidados maternos, há o aumento também da valorização e naturalização da mulher que age com devoção aos filhos e à família. É criada, ainda, a figura da “Santa Mãezinha” (Del Priore, 1952): mulheres que se encaixavam no padrão religioso e moral do casamento e dos cuidados necessários para manter o bem-estar da família.

O desvio desse padrão é visto como anormalidade ou loucura (Moura; Araújo, 2004; Engel, 2004; Showalter, 1987). Com esse novo modelo familiar, a paternidade perde seu papel de poder e o Estado começa a suprir funções ditas paternas por meio de suas instituições (Badinter, 1980). Nas classes mais abastadas, surge a figura do especialista (médico, pedagogo e, posteriormente, psicólogo e assistente social) com um discurso normatizador sobre como devem ser executadas as práticas familiares (Moura; Araújo, 2004; Matos, 2003).

Pensar na naturalização histórica da maternidade só se fez possível por meio do advento dos estudos de gênero, fruto das lutas do movimento feminista<sup>53</sup>. Refletir sobre tais questões permite questionar diferenças percebidas como inerentes aos sexos, que têm o gênero imposto por um discurso balizado pelo determinismo biológico. Esse discurso ainda justifica distinções de poder entre homens e mulheres e naturaliza funções que têm caráter social (Scavone, 2001; Laqueur, 1992). De acordo com Segato (2010, p. 39), a construção da diferença sexual é “um processo político que produz diferenças, desigualdades, que cria hierarquias e assimetrias, que permite e estimula o uso da violência institucional e social, centradas na valorização e/ou desvalorização de um detalhe biológico – o sexo”. Assim, a diferença sexual constitui e reafirma o sis-

**53** Os Feminismos são um movimento social, filosófico e político que têm como meta a equidade nos direitos sociais e nos diferentes espaços (público e privado). O objetivo é o empoderamento das mulheres como sujeitos de direito, liberadas de padrões opressores e patriarcais, baseados em um modelo de sexualidade genrerado que define papéis e formas pré-determinadas de ser (Narvaz; Koller, 2006; Scott, 1990).

tema patriarcal sob o prisma valorativo e hierárquico dado pela sociedade a anatomias diferentes.

Gênero, de acordo com as proposições dos estudos feministas<sup>54</sup>, é pensado como categoria analítica (Scott, 1990): pondera-se o caráter relacional das categorias homem e mulher. Trata-se de uma leitura social imposta sobre um corpo sexuado. Judith Butler (1990) afirma que, ao distinguir sexo e gênero, os estudos feministas questionaram as explicações causais que garantem que o sexo imponha significados sociais à experiência das mulheres. A compreensão de corpo é fenomenológica: a significação de experiências corpóreas ocorre em um contexto histórico, sendo processo ativo de “encarnação de certas possibilidades culturais” (p. 298). As experiências subjetivas são significadas como expressão de vivências concretas, permeadas por um contexto sócio-histórico. Essa leitura permite compreender o gênero além do sexo. O corpo não é apenas materialidade física, acurado por uma essência interior biológica (Butler, 1990). Ele nasce e é lido em um determinado tempo e contexto que têm valores e estereótipos relacionados ao sexo. Dessa forma, o próprio sexo é uma construção social, compreendido em um tempo histórico.

Refuta-se o argumento essencialista de que existem características naturalmente femininas e masculinas, definidas por causa de genitálias diferentes. Refuta-se a ideia de que existem instintos tipicamente femininos ou masculinos, identidades fixas e pré-estabelecidas. Butler (2012) se opõe a esta visão de caráter estático, conceituando a identidade como fluida. Explica-se: somos seres em constante processo de constituição e influenciados por diversos fatores culturais e sociais desde antes do nascimento. Já nascemos marcados por modelos de uma sociedade que é binária, com padrões determinados de homens e mulheres e que tem como referencial a hegemonia masculina. O corpo, na compreensão da filósofa, é fenômeno assujeitado a normas binárias, não se pode reduzir ou essencializar o gênero ao sexo. É impossível chegar a um corpo de forma pura, pois só se pode acessá-lo dentro de uma cultura que o compreende de forma gendrada. Portanto, o gênero é produzido e reproduzido socialmente por meio de performances e atos constitutivos atribuídos a homens e mulheres. Não se trata de uma identidade estável, e, sim, de uma repetição estilizada de atos performáticos (Butler, 2012) que

54 A compreensão proposta pelos estudos feministas referidos aqui se referem à terceira onda feminista.

legitimam, confirmam e reificam o lugar e a forma de ser e agir de cada um de acordo com o sexo. Essa compreensão conceitua gênero como efeito de performances sucessivas, resgatando a concepção fenomenológica de processo e da construção singular de cada sujeito a partir de certas possibilidades existenciais, de “modos de agir já fixados e esperados pela cultura (...) que constringe a mulher a se comportar de modo feminino e o homem a se comportar de modo masculino” (Reis, 2013, p.366).

Ao refletir sobre padrões específicos para homens e mulheres baseados em determinações culturais, Zanello (2016) defende que há diferentes caminhos privilegiados de subjetivação. Segundo a autora, as mulheres em nossa cultura se subjetivam pelos dispositivos amoroso e materno; já os homens, pelo dispositivo da eficácia, marcado pela virilidade sexual e laborativa. Dizer que as mulheres se subjetivam no dispositivo amoroso implica em dizer que a subjetivação se baseia em uma relação consigo mesmas mediadas pelo olhar de um homem que as escolha (Zanello, 2016). Isto é, elas se subjetivam na “prateleira do amor”. Trata-se de uma forma de amar extremamente desempoderadora. A mediação do valor na prateleira se dá pelo ideal estético que é branco, loiro, magro e jovem (Zanello, 2016). Tais valores impactam na saúde mental das mulheres e as levam a vivenciar a ausência de uma relação amorosa como um “estar enalhada”, ou, em outras palavras, como um fracasso enquanto mulheres (Zanello, 2016).

Já a ideia de dispositivo materno aponta, segundo a autora, a partir das contribuições de Foucault (2015), para a passagem de um poder repressivo para um poder constitutivo. Ou seja, o ideal de maternidade construído socialmente desde o século XVIII e interpelado por vários mecanismos de reprodução, manutenção e afirmação deste valor que passou a ser introjetado pelas mulheres. O sentimento de culpa, tão presente e constante na maioria das mulheres que já pariram, seria o signo de que esta “passagem” foi bem sucedida. Mesmo que não gerem filhos biológicos, as mulheres assumem o papel do cuidar, do ser para o outro. É justamente este dispositivo (materno) que é colocado em questão no caso das mães ofensoras. Ao não serem mães adequadas, são questionadas como mulheres, da mesma forma que signos os quais relembrem se tratar de mulheres as colocam em um lugar questionável como mães.

Swain (2010) dá ênfase à dimensão histórica necessária para manter vivas representações sociais, defendendo que existem instâncias que asseguram uma certa forma de pensar homens e mulheres e contribuem para a manutenção de um poder falocêntrico. A autora afirma que “uma representação repetida é performativa, isto é, cria aquilo que representa, cria também campos de poderes e de verdades em formações sociais históricas” (p.38). Dessa forma, a história perpetua representações, repetindo-as e reiterando-as como verdades absolutas, naturais ao ser humano, caminhos essenciais a cada gênero. No caso das mulheres, por exemplo, a história permite que a maternidade seja um dos pilares fundamentais da estrutura social que sustenta a cultura patriarcal (Stevens, 2010).

Compreender os diferentes caminhos de subjetivação e de empoderamento (ainda que colonizado) de mulheres e homens faz-se de extrema importância para que se possa visualizar como é esperado que cada um desempenhe seu papel nos âmbitos públicos e privados e como o não cumprimento de cada papel é punido de forma diferente pela sociedade.

### **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA: PORQUE FALAR DE GÊNERO**

A violência é apontada desde a década de 1970 no Brasil como uma das principais causas de morbimortalidade. Trata-se não apenas de um fenômeno que se resume à área social ou jurídica, mas de uma questão de saúde pública (Brito, A. M. et al, 2005). A violência doméstica contra criança e adolescente passou a ser amplamente discutida nos meios acadêmicos a partir da década de 80 (Gonçalves e Ferreira, 2002), após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/90) e do artigo 227<sup>55</sup> da Constituição Federal (Constituição Federal de 1988). Desde então se reconhece a ocorrência de diferentes tipos de violência e a necessidade de intervenção com o objetivo de proteger as vítimas e cessar a ocorrência de agressões vivenciadas por elas, tais como negligência, violência física, agressão psicológica, abuso sexual, abandono, entre outros.

De acordo com o Laboratório de Estudos da Criança – LACRI/USP (Azevedo, 2007, p.2) o Brasil integra “o contingente de países que não mantêm estatísticas oficiais sobre casos notificados de violência doméstica contra criança e

<sup>55</sup> Art. 227 da Constituição Federal: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

adolescente, assim como não realizam estudos sistemáticos sobre incidência e prevalência do fenômeno”, o que impede que se conheçam marcadores importantes para compreender melhor e para intervir de forma eficaz em casos de violência contra a criança. A despeito de não se ter dados que apontem para a realidade da incidência e prevalência no Brasil, estudos possibilísticos<sup>56</sup> realizados pelo LACRI no estado de São Paulo entre 1996 e 2001, verificaram que a maior violação de direito denunciada foi a negligência (41.1%), seguido de violência física (31%), violência psicológica (16.6%), violência sexual (10,9%) e violência fatal (0,3%)<sup>57</sup>. Swift (1995) afirma que a negligência é considerada ser a maior categoria de maus-tratos infantis.

Especificamente quanto ao gênero (das vítimas e agressores), a violência costuma ser percebida como um fenômeno neutro, praticado por “pais ou responsáveis”<sup>58</sup> (Azevedo; Guerra, 1998; Azevedo; Guerra, 2001; Azevedo, 2005; Azevedo, 2007; Costa et al, 2007).

Contudo, ao se pensar no contexto histórico atual marcado por uma cultura androcêntrica, na qual mulheres e homens ainda têm papéis pré-estabelecidos pelo sexo que nasceram, gênero passa a ser um marcador primordial para a compreensão da violência doméstica contra a criança. Explica-se: no ambiente doméstico, é esperado das mulheres que mantenham o relacionamento afetivo a partir do dispositivo amoroso (ZANELLO, 2016), sejam mães zelosas e protetivas com os filhos, nos termos do dispositivo materno (ZANELLO, 2016) e se conservem desejáveis e dentro dos padrões pré-estabelecidos de beleza, o ideal estético. O caminho de subjetivação privilegiado às mulheres lhes resguarda o pertencimento ao ambiente doméstico<sup>59</sup>.

Dos homens, no lar, é esperado que custeiem as despesas da casa garantindo os gastos de subsistência da família, nos moldes do dispositivo da eficácia, mostrando virilidade laborativa. Logo, lhes é resguardado, mesmo dentro da família, o meio público do trabalho. Trata-se de diferentes cobranças de cada cuidador, o que implica em compreensões distintas de cada agressor.

Em pesquisa realizada nos Conselhos Tutelares de Fortaleza, Azevedo (2005, p. 7)<sup>60</sup> expõe que a percepção a respeito da negligência varia de acordo com o sexo e gênero de cada agressor: a negligência do pai “relaciona-se na

<sup>56</sup> Termo utilizado por Azevedo (2007) em pesquisa realizada pelo LACRI/USP no qual foram pesquisados a incidência de diferentes tipos de violências contra criança no estado de São Paulo.

<sup>57</sup> Não foram especificados quais tipos de violência acarretaram a morte da criança e/ou adolescente.

<sup>58</sup> O único tipo de violência contra a criança que é comumente relacionado com questões de gênero é o abuso sexual infantil. Azevedo (2007) afirma que a falta de estudos sistemáticos sobre incidência e prevalência das violências perpetradas contra as crianças pode apontar para informações questionáveis, como a crença de que a violência sexual seria a mais notificada no Brasil. Outra crença associada é a de que homens abusam mais de crianças do que mulheres, ou de que mulheres não agredem sexualmente, o que pode ser um dado inverídico. Os cuidados com o corpo da criança são atribuídos, em nossa sociedade, às mulheres, o que pode mascarar situações de abuso sexual ou gerar baixa notificação de casos em que mulheres são as agressoras sexuais.

<sup>59</sup> De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) a mulher brasileira tem representatividade de

maioria das vezes à alegação de uma falta paterna em prover financeiramente a criança ou adolescente, reforçando o entendimento do homem/pai no seu ‘papel único’ de provedor financeiro da família”; enquanto a negligência materna refere-se à “falta dos outros cuidados para com os/as filhos/as, tais como providenciar (comprar) os alimentos, dar banho, levar ao médico, não deixar na rua etc., enfatizando a ‘função maior’ da mulher/mãe de cuidar dos/as filhos/as e da casa”. Fica evidente como o fenômeno da negligência é percebido de acordo com o sexo do ofensor.

Tomando por base a negligência infantil, Azevedo e Guerra (1998) apontam que o fenômeno costuma ocorrer quando pais ou responsáveis pela criança e adolescente não suprem as necessidades físicas, emocionais, educacionais, higiênicas e de saúde dos filhos ou, ainda, quando não supervisionam atividades primordiais para proporcionar um desenvolvimento biopsicossocial saudável e isento de riscos para as crianças. A categoria negligência aparece como responsabilidade parental – infere-se de ambos os genitores (Biscegli et al, 2008; Azevedo; Guerra, 2001). Entretanto, Swift (1995) afirma que a aparente neutralidade de gênero do fenômeno da negligência infantil é ilusória, defendendo que, ao se examinar melhor, percebe-se que o “foco é quase exclusivamente nas mulheres e na maternidade” (p.12, tradução nossa).

Ao se pensar que esse tipo de violência ocorre no segredo do âmbito familiar – local de pertencimento social das mulheres – e que a elas ainda é atribuído os principais cuidados com as crianças e adolescentes, ressalta-se que a negligência e os maus-tratos infantis são fenômenos marcados por gênero: as mães são as principais ofensoras (Swift, 1995). “Historicamente e até os dias atuais, as pessoas acusam as mães de negligenciar os filhos” (Swift, 1995, p. 101, tradução nossa). Dessa forma “o estudo da negligência infantil é, de fato, o estudo das mães que falharam” (p. 101).

Ao problematizar a questão da violência doméstica contra a criança, Barbosa e Pegoraro (2008, p.85) afirmam que “a situação é ainda mais complicada quando a agressora é a mãe, pois se soma, então, a concepção reinante da mãe como ser generoso, doce, incapaz de qualquer mal, principalmente de qualquer mal a sua prole”. Defendem ainda que a valorização dos papéis ditos femininos e o lugar social (âmbito doméstico) potencializa a violência

63,9% da população ocupada, com idade entre 25 e 49 anos. Desse total, 14,5% se ocupam exclusivamente de trabalhos domésticos, enquanto os homens têm representação de apenas 0,7% da população. 94,85% das mulheres exercem dupla jornada (trabalham fora e dentro de casa), contra somente 5,2% dos homens. O IBGE aponta ainda que a média de horas semanais gastas com trabalho doméstico para as mulheres é de 27,7 horas, enquanto homens trabalham apenas 11,2 horas, mostrando claramente a desigualdade no âmbito dos serviços domésticos.

60 Pesquisa apresentada na II Jornada Internacional de Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão – UFMA em 2005.

contra a criança, uma vez que não se permite às mulheres que ultrapassem o domínio do doméstico, ficando restritas à relação mãe/filho, o que justificaria relações violentas envolvendo genitoras e seus filhos.

Dados coletados por Costa et al (2007)<sup>61</sup> corroboram a ideia de que as mulheres praticam mais negligência (60,7%), o que pode ser explicado, segundo os autores, “pela maior permanência da genitora no lar e pelo fato desta ser a principal responsável pela educação dos seus filhos, num contexto de adversidade socioeconômica (desemprego, falta de assistência social, saúde e outras)” (Costa et al, 2007, p. 1139). Swift (1995) confirma que a negligência é marcada por gênero, classe social e raça. Há uma marginalização e judicialização de mulheres que não cumprem a maternidade da forma considerada socialmente aceita. Swift (1995, p.12, tradução nossa) aponta ainda que a negligência é “uma categoria conhecida por ser reservada primariamente à comunidade pobre e marginalizada e a mães chefes de família”.

Especificamente quanto à questão da classe social, pode-se pontuar que exercer a maternidade em uma classe mais abastada viabiliza certas vivências que ajudam no trato com as crianças, tais como contratar cuidadores ou ainda colocar na pré-escola desde tenra idade, o que muitas vezes é impossibilitado às mulheres em condição socioeconômica vulnerável devido ao pouco apoio familiar ou, ainda, à dificuldade de acesso a políticas públicas socioassistenciais. “A realidade é que muitas mulheres, ao exercitarem a maternidade sem suporte – nem da família, nem do companheiro (pai da criança) ou do Estado – tornam-se mais vulneráveis à discriminação” (Diniz e Mattar, 2012, p. 108). Segundo Swift (1995), o próprio sistema que atribui às mulheres a obrigatoriedade de maternar também cria as mães consideradas negligentes e violentas.

Quanto à violência física, as mulheres que agredem encontram-se no cerne de um paradoxo cultural: ao mesmo tempo que devem ser mães cuidadoras, afetuosas, dedicadas e carinhosas, devem educar os filhos de acordo com padrões culturais que veem no tapa e na palmada formas de se educar. Em uma pedagogia do bater (Azevedo; Guerra, 2001) transmitida por gerações, o limite entre o tapa e a violência física é extremamente tênue. Segundo Biscegli et al (2008, p. 366) “quando há maus-tratos e abusos (...)

61 Pesquisa realizada pela Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS sobre o perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo os registros dos Conselhos Tutelares.

as crianças acabam sendo as maiores vítimas, já que suas fragilidades físicas e de personalidade as tornam alvos fáceis de raiva, ressentimento, impaciência e emoções negativas, como uma válvula de escape". As crianças não geram nas mães somente sentimentos de amor e compaixão, mas também sentimentos destrutivos (Saraiva; Brasil, 2010).

À mãe que agride e que negligencia, lhe é dado o rótulo de louca, má ou desumana. Existe uma compreensão ideológica de que a negligência contra a criança é "comportamento parental anormal" (Swift, 1995), especificamente comportamento materno anormal. Esta abordagem individualista que trata o fenômeno como "uma entidade que precisa de cura" (Swift, 1995) encobre questões de uma sociedade que sobrecarrega as mães e as culpabiliza (principalmente as mães em situação de vulnerabilidade social), por não exercerem uma maternidade proclamada pelo suposto amor e instinto maternal. As mães, de acordo com Swift (1995), são "bodes expiatórios" que apontam para o mau funcionamento social. Teriam todas as mães a obrigatoriedade de maternar os filhos? Existe apenas uma forma de maternar? Seriam elas loucas por não amarem ou por não cuidarem da forma socialmente prescrita?

### **MÃES OFENSORAS: LOUCAS? MÁIS?**

Ser mãe em nossa sociedade instaura uma relação de poder, proclama uma identidade própria e define o bem-estar e a autoestima de mulheres (SOUSA; FERREIRA, 2005). Segundo Swain (2007, p. 204), "a mãe é o modelo de mulher, a mulher no singular, uma figura fractal, que produz infinitamente a mesma imagem, reduzida ao sentido unívoco do ser". A maternidade é louvada porque proclama uma identidade atribuída, que é valorada como um status social (Saraiva; Brasil, 2010). Isso constitui a imagem ideal de mulheres mães que sempre priorizam os filhos e o marido em detrimento de si. Entretanto, ao se criar uma figura unívoca, as mulheres que não desejam a maternidade ou que não a exercem de uma maneira considerada aceitável passam a ser rechaçadas a um estatuto inferior, perdem inteligibilidade social, ou, ainda, são incompreendidas, percebidas como loucas ou acometidas por algum transtorno ou aflição psíquica. Ao se pensar nas mulheres que transgridem o papel de mãe, como as que agridem,

negligenciam, abortam, matam, temos um marco claro de oposição à figura unívoca da mulher como mãe.

Engels (2004) afirma que a maternidade ainda é utilizada para classificar e punir, por meio da psiquiatrização, mulheres que não se enquadram de uma maneira considerada normal dentro do “dispositivo materno”. Uma mente (des)controlada por um útero (Engels, 2004). Todavia, não é só a psiquiatria que perpetua o processo de normatização do corpo e do comportamento feminino. As abordagens da psicologia, sem a leitura dos estudos de gênero, também agem como tecnologia de gênero (ZANELLO, 2016) ao essencializarem uma suposta feminilidade ou, então, ao proporem o conceito de pessoa sem levar em consideração a especificidade do gênero e os distintos processos de subjetivação. Este último ponto é recorrente quando se trata da intervenção em casos de violência doméstica perpetrada contra a criança. Ao se falar de programas que visam ao acompanhamento familiar por violações de direitos como negligência e violência física, o foco é sempre a família e a criança. Não se pensa na especificidade do gênero do agressor. Em casos nos quais as mães são as ofensoras, não se percebe que a sobrecarga de funções da mulher em casa e nos cuidados com os filhos, atribuídos somente a elas, pode ser fator de adoecimento mental para as mulheres.

Se pensa no desenvolvimento saudável infantil, enfatizando a necessidade do cuidado com a criança para o desenvolvimento físico, psicológico e social saudáveis. Contudo, a capacidade de cuidado com a criança é essencializada como um atributo feminino, corporificado na figura da mãe e atribuída, em nossa sociedade, somente à mulher. Segundo Zanello (2016, p. 233): “há que se dissociar, portanto, a capacidade de procriar e a capacidade de cuidar, presente em todos os seres humanos (os quais podem exercer essa capacidade individualmente ou em coletividade, como ocorre em várias etnias)”. Atribui-se apenas à mãe o cuidado com os filhos, “uma sobreposição (...) de responsabilidades que tem pesado sobre as mulheres em nossa cultura” (Zanello, 2016, p. 233).

Tendo em vista que a cultura possui caráter constitutivo e que privilegia caminhos de subjetivação que delimitam possibilidades existenciais determinadas para homens e mulheres, aquilo que a sociedade exige de ambos interfe-

re na experiência subjetiva e identitária de cada indivíduo e, portanto, tem influência no sofrimento psíquico grave. Da mesma forma que se trata de caminhos privilegiados de subjetivação, tais caminhos podem ser também fontes de aflição, sofrimento e quebra psíquica, caso não se queira/possa/deseje viver de acordo com papéis pré-determinados culturalmente. Logo, a maternidade pode ser, para algumas mulheres, causa de tristeza, aflição e inadequação social. Assim, há possibilidade de que isso seja a vivência de fundo para o comportamento negligente e violento.

Aronson, Wilson e Aket (2002) defendem a teoria da frustração-agressão, na qual a frustração é uma das grandes causas do comportamento agressivo, podendo causar raiva, aborrecimento e disposição de agredir. A frustração seria um sentimento de fundo do comportamento agressivo, gerado devido à impossibilidade ou dificuldade de se obter uma gratificação, alcançar objetivos ou sobrecarga de tarefas. Saraiva e Brasil (2010, p. 277) relatam que "(...) para além do mito do amor materno, existem mães que sofrem e fazem sofrer devido à falta de lugar para sentimentos ambivalentes que não combinam com o ideal de maternidade consolidado ao longo dos últimos séculos".

Ao se pensar na maternidade como socialmente compulsória e no desejo de ser mãe naturalizado no pensamento hegemônico estabelecido para mulheres, e justificado pelas mais distintas instâncias e teorias, incluindo a psicologia, evidencia-se que há uma relação de biopoder<sup>62</sup> agindo como mecanismo de normatização e contenção das mulheres (Matos, 2003). Os corpos femininos e as funções exercidas por elas são constantemente tuteladas, vigiadas, cobradas e exigidas pelas mais distintas instâncias, desde o julgamento social de pessoas próximas, até a esfera dos especialistas através de determinações judiciais, intervenções medicamentosas e escuta analítica privada dos consultórios psicológicos.

O fato de transgredirem determinado papel de gênero, prescrito de forma tão incisiva e idealizada às mulheres, torna invisível um sofrimento específico no caso da escuta direcionada a aquelas que não querem ser mães ou que não exercem a maternidade de forma socialmente aceita: mulheres que não desejam engravidar, que privilegiam a carreira, que optam pelo aborto, que negligenciam e agri-dem os filhos, ou ainda, que cometem infanticídio. Espe-

62 Termo proposto por Foucault que se refere a agenciamentos do saber-poder (médicos, jurídicos, etc.) que visam o assujeitamento dos corpos e controle das populações. Branco (2009, p.31) afirma que "caracterizam-se pela ampliação crescente das articulações dos saberes biológicos e biomédicos com os dispositivos jurídicos-institucionais, com grandes efeitos no campo da macropolítica, seja nas relações entre os Estados, seja no interior de cada Estado, indo até mesmo à interferência, micropolítica, no modo de vida das pessoas."

cialmente as negligentes, ofensoras, infanticidas e que já abortaram são vistas como “sujeitos que serviram como contraponto a mulheres honestas, dedicadas” (Pedro, 2003, p.158). Trata-se de um processo de satanização social (Lagarde, 1990) no qual as mulheres sempre são culpadas e obrigadas coercitivamente a assumir toda a responsabilidade sobre os filhos.

Estas são as mulheres consideradas más, egoístas, loucas, desnaturadas porque não se comportam conforme as exigências (ditas naturais) feitas ao seu sexo. Assim, as que fogem dos padrões do amor materno são demonizadas e punidas por performances que não podem/quêrem/desejam exercer, sendo chamadas a responder no confessionário de várias instâncias (Badinter, 1980). Pontua-se que o comportamento fora dos padrões pré-determinados a cada gênero foi, e ainda é, compreendido como loucura, especialmente quando a transgressão é feminina (Showalter, 1987). Sobre a maternidade e a loucura, a origem dos distúrbios mentais viria do fato de essas mulheres irem contra a própria natureza procriadora (Engels, 2004; Chesler, 1986).

Quando passam pelas instâncias supracitadas<sup>63</sup>, o que ocorre é uma frequente culpabilização do desempenho da mulher como mãe (Caplan, 2012; Edmonds, 2012). De acordo com Caplan (2012), as cobranças sociais sobre a maternidade são sempre culpabilizantes para as mulheres. Quando mães próximas e muito preocupadas, são vistas como intrusivas e invasivas. Quando mais distantes e menos empenho no papel de cuidadoras, são julgadas como negligentes e egoístas. Dessa forma, a maternidade nunca pode ser exercida sem a culpabilização das mães que são constantemente cobradas a educarem filhos perfeitos (Caplan, 2009; Edmonds, 2012).

Os estudos de gênero abrem novas possibilidades para a compreensão e intervenção do fenômeno da violência doméstica contra a criança. Em primeiro lugar, se o cuidado com o outro se trata de uma habilidade humana (Zanello, 2016), compartilhar as responsabilidades e os cuidados da criança com a família pode agir ampliando a rede de proteção e tirando a sobrecarga de uma única cuidadora, a mãe, o que já possibilita espaço para melhoria da qualidade da relação mãe/filho. Deve-se apontar também que abrir um espaço de fala para que as mulheres possam expor os desconfortos, as dificuldades e o mal-estar da

**63** Em casos de violência contra a criança a denúncia é encaminhada para o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, rede que engloba justiça, assistência social, saúde, educação etc, órgãos responsáveis por garantir os direitos socio-assistenciais das crianças e adolescentes.

maternidade sem sofrerem julgamento por transgredirem práticas tidas como inatas à toda mulher pode ser extremamente terapêutico e agir de forma a diminuir o comportamento violento das mães com seus filhos.

## CONCLUSÃO

Dentro do ideal hegemônico de maternidade, mulheres que agridem e negligenciam os filhos são penalizadas por várias instituições do estado e também dentro da psicologia. Ao irem contra o ideal histórico da mãe como mantenedora da família, transgridem o papel naturalizado da maternidade e mostram performances de gênero distintas das esperadas, sendo julgadas como más, anormais, loucas, e passando por um processo de satanização social (Lagarde, 1990). Saraiva e Brasil (2010), afirmam que há a apropriação de um discurso social que trata do amor materno como sublime “sem espaço para escutar a situação de sofrimento na qual se encontram muitas mães que, além de responderem judicialmente por seus atos, são execradas socialmente, uma vez que elas são consideradas indignas de algo nobre como a maternidade” (p.278).

Para as mulheres ofensoras, tidas pelo sistema de garantia de direitos das crianças como negligentes e violentas, não existe qualquer espaço de escuta para que possam relatar suas dores e sofrimentos sem serem doutrinadas a se assujeitar aos padrões normativos da sociedade quanto ao exercício da maternidade. Tornar invisível este sofrimento e lecionar performances idealizadas de “como ser mãe” ou “como se deve educar uma criança” – práticas comuns na atuação de profissionais da psicologia – pode fechar caminhos de acesso a essas mulheres, dificultando a possibilidade de ressignificar práticas educativas (maternas) consideradas inapropriadas. Instaura-se um paradoxo claro: como garantir o cuidado das crianças se a principal cuidadora (a mãe) não consegue ser escutada e ter seus sentimentos e dissabores validados, haja vista que é constantemente julgada em todas as instâncias que passa e pelos profissionais que atuam nos casos? Não se fala do mal estar da maternidade, pelo contrário, tenta-se impor o amor idealizado, natural e dito como instintivo. Badinter (1980, p. 22) afirma que:

*O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação às crianças se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos, passando pelo nada, ou quase nada (Badinter, 1980, p.22).*

Avalia-se que encarnar nas mulheres a obrigatoriedade de maternar devido à sua capacidade procriadora, insistindo para que essas mães exerçam o papel parental da forma exigida socialmente pode diminuir as possibilidades de intervenção (clínica e psicossocial) nos casos das mulheres ofensoras, consideradas violentas e negligentes com os filhos. Dessa forma, compreende-se que os estudos de gênero atuam como método interventivo, tanto com as mulheres, que têm as dificuldades e os dissabores da maternidade reconhecidos, quanto com as crianças, que podem perceber em outras relações interpessoais o papel protetivo e acolhedor comumente demandado das mães, pois “se nasce de uma mulher, mas mães há muitas” (Lagarde, 1990).

## Referências bibliográficas

---

Aronson, E., Wilson, T.; Arket . **Psicologia Social**. São Paulo: LTC, 2002.

Azevedo, R. C. Negligência familiar e relações de gênero. **II Jornada Internacional de Políticas Públicas Mundialização e Estados nacionais: a questão da emancipação e da soberania**. Jornada conduzida pela Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, Maranhão, 2005.

Azevedo, M. A. **Contribuições Brasileiras à Prevenção da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes**. Comunicação apresentada no Seminário Internacional Violência e Criança. Brasil/Israel – SP/USP, 2000.

Azevedo, M. A. **Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes: A Ponta do Iceberg**, 2007. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm>

Azevedo, M. A.; Guerra, V. N. A. **Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

Azevedo, M. A. e Guerra, V. N. A. **Infância e violência fatal em família: primeiras aproximações ao nível de Brasil**. São Paulo: Iglu, 1998.

Azevedo, M. A. e Guerra, V. N. A. **Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Iglu, 2001.

Badinter, E. **Um amor conquistador: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

Barbosa, P. Z. & Pegararo, R. F. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Saúde e Sociedade**. v.17, n.3, 2008, p. 77-89.

Biscegli, T. S., Arroyo, H. H., Halley, N. S.; Dotoli, G. M. Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas públicas e privadas. **Rev. Paulista de Pediatria**. v. 26, n.4, 2008, p. 365-371.

Branco, G. C. Racismo, individualismo, Biopoder. **Revista Filos Aurora**. v.21, n. 28, 2009, p. 29-38.

Brito, A. M. M., Zanetta, D. M., Mendonça, R. C. V. Barison, S. Z. P. & Andrade, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, 2005, p.143-149.

Bruschini, M. C. A. **Mulher, Casa e Família**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Vértice, 1990.

Butler, J. Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. In: Case, S.-H. (Orgs.). **Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre**, Baltimore: Johns Hopkins Press, 1990, p. 296-314.

Butler, J. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. (4ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

Caplan, P. J. Who decides if mothers are crazy? From Freud's Mother to Today's. In: Wong, G. (Org). **Moms gone mad: Motherhood and madness, oppression and resistance**. Bradford: Demeter Press, 2012, p.79-92.

**Constituição Federal**, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

Costa, M. . O., Carvalho, R.C., Santa Bárbara, J..R., Santos, .A.S.T., Gomes, W.A.; Souza, H.L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.5, 2007, p.1129-1141.

Chesler, P. **Mothers on trial: the battle for children and custody**. Chicago: Lawrence Hill Books, 1986.

Del Priore, M. **Ao sul do corpo. Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: Editora UNESP, 1952.

Diniz, C. S. G. e Mattar, L. D. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. v. 16, n. 40, 2012, p. 107-19.

Edmonds, R. M. The Persistense and Destructiveness of Mother-Blame in Pshychological Theory. In: Wong, G. **Moms gone mad: Motherhood and Madness Oppression and Resistance**. Ontario: Demeter Press, 2012, p.48-63

Engels, M. Psiquiatria e feminilidade. In DEL PRIORI, M.(Org). **História das mulheres no Brasil**. SP: Contexto, 2004, p. 322-361.

**Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)

Foucault, M. **Microfísica do Poder**. São Paulo. Ed. Paz e Terra, 2015.

Gonçalves, H. S.; Ferreira, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. De Saúde Pública**, v. 18, n.1, 2002, p.315-319.

Lagarde, M. D. R. **Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas.** Madri: La editorial San Cristóbal, 1990.

Laqueur, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

Matos, M. I. Delineando corpos. As representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930). In: Matos, M. I.; Soihet, R. (Orgs). **O corpo feminino em debate.** São Paulo: editora UNESP, 2003, p. 107-127.

Moura, S. M. R. S.; Araújo M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, 2004, p. 44-55.

Narvaz, M. G.; Koller, S. H. Metodologias Feministas e Estudos de Gênero: Articulando Pesquisa, Clínica e Política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.3, 2006, p.647-654.

Nunes, S.A. Afinal o que querem as mulheres? Maternidade e Mal-Estar. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2001, p. 101-115.

Pedro, J.M. As representações do corpo feminino nas praticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – séc XX. In: Matos, M. I.; Soihet, R. (Orgs). **O corpo feminino em debate.** São Paulo: editora UNESP, 2003, p. 157-176.

Reis, D. F. Ideias Subversivas de Gênero em Beauvoir e Butler. **Sapere Aude**, v.4, n.7, 2013, p. 360-367.

Saraiva, A.; Brasil, K.T. O ato do abandono e as ambivalências da maternidade; In: Stevens, C. Brasil, K.C.T., Almeida, T.M.C. e Zanello, V. (Orgs). **Gênero e Feminismos: convergências (in)disciplinares.** Brasília: Ex.Libris, 2010, p. 265-279.

Scavone, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Caderno pagu**, v. 16, 2001, p. 137-150.

Scavone, L. Maternidad: transformaciones en la familia y en las relaciones de género. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.8, 2001, p. 47-60.

Schimitt-Pantel, P. "A criação da mulher": um ardil para a história das mulheres?. In: Matos, M. I.; Soihet, R. (Orgs). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: editora UNESP, 2003, p.129-156.

Scott, J. (1990). Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Retirado em: <http://www.observe.com/upload/935db796164ce35091c80e10df659a66.pdf>

Segato, R. L. O Édipo Brasileiro: a dupla negação de gênero e raça. In: Stevens, C. (Org.). **Maternidade e Feminismos. Diálogos Interdisciplinares**. Santa Catarina: Ed. Mulheres, 2010, 143-172.

Showalter, E. **The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980**. United States: Pantheon Books, 1987.

Souza, D. B. L.; Ferreira, M.C. Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.1, 2005, p.19-25

Swain, T. N. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. . In: Stevens, C. (Org.). **Maternidade e Feminismos. Diálogos Interdisciplinares**. Florianópolis, 2007, p. 201-247.

Swift, K. J. **Manufacturing 'bad mothers': A critical perspective on Child Neglect**. Toronto: University of Toronto Press, 1995.

Vargas, E. P.; Moás, L.C. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Brasil, 44, 4, 2009, p. 758-62.

Zanello, V. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: Dimenstein. M.; Leite, J.; Macedo, J.P.; Dantas, C. (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais**. 1ed. São Paulo: Intermeios Cultural, v. 1, 2016, p. 223-246.

# Ainda é proibido não ser mãe? A não maternidade tratada nas publicações científicas da Psicologia

---

*Zeidi A. Trindade, Sabrina Mantuan S. Coutinho e Mirian B. Cortez*

*O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. (BADINTER, 1980, p.22)*

Esse trecho do prefácio do livro “*Um amor conquistado: o mito do amor materno*”, de Elisabeth Badinter, apresenta parte do desafio que a autora assume em sua obra: questionar a maternidade como um sentimento natural e intrínseco da mulher, afirmando-a uma construção histórica e social. Tal desafio, muito bem contextualizado e debatido nessa publicação, gera, em alguns contextos, controvérsias e posicionamentos parcimoniosos com relação à maternidade, ao passo que, em outros, é completamente acobertado por uma perspectiva de maternidade e sentimento maternal instintivos e “naturais à essência feminina”.

Em 1986, Rachel Soihet publicou um texto intitulado “É proibido não ser mãe – opressão e moralidade da mulher pobre”, material de forte impacto para quem se interessa pela condição feminina e cuja primeira parte do título (é proibido não ser mãe) parece continuar pertinente para mulheres de diversos segmentos sociais. Nesse texto a autora afirma que “A maternidade tem se constituído num dos mitos de nossa cultura, exercendo-se em seu

nome forte manipulação sobre a mulher que, desde muito cedo, é bombardeada por estímulos para o exercício de tal mister como algo para o qual não cabe qualquer modalidade de opção” (SOIHET, 1986, p. 191)

Esse bombardeio de estímulos, advindos das mais diversas fontes (familiares, religiosas, institucionais e midiáticas) dificulta, ainda hoje, o pensar na mulher sem associá-la à maternidade. Alguns diriam que tal exercício sequer é possível.

São diversos os contextos em que a definição de feminino e, conseqüentemente, do “ser mulher” remete diretamente a aspectos relacionados à fertilidade, gravidez e cuidados com os filhos. Na esfera biomédica, os serviços de saúde da mulher voltam-se com intensidade às questões reprodutivas e à importância da mãe para a saúde do bebê. Socialmente, o exercício “adequado” da maternidade e o envolvimento afetivo da mãe com seu filho são características utilizadas para qualificar positivamente uma boa mulher ou uma boa esposa. Já nas religiões cristãs, a “natureza feminina” da mulher é exaltada em sua capacidade de gerar e de zelar por seu filho, inclusive sacrificando-se por ele, “padecendo no paraíso”. Em outras palavras, em nossa cultura, a maternidade é um exercício determinante do feminino, socialmente valorizado e, por isso, comumente utilizado como base de validação e avaliação social da mulher.

Apesar de, na prática, ou mesmo simbolicamente, a escolha pela não-maternidade ser ainda pouco comum entre as mulheres, alterações nos arranjos familiares descritas pelo IBGE (2015) indicam que esta é uma opção crescente na população. Por exemplo, de 2004 para 2014, constatou-se diminuição das famílias monoparentais femininas (18,3% para 16,3% respectivamente), aumento do percentual de casais com duplo rendimento e sem filhos (4,3% em 2004 e 6,7% em 2014) e queda de 18,6% na taxa de fecundidade que, de 2,14 filhos por mulher em 2004, passou a ser de 1,74 em 2014 (IBGE, 2015).

Muitas dessas alterações associam-se a opções femininas que implicam em posicionamentos de adiamento ou mesmo não adesão ao projeto de ter um filho. A inserção da mulher no mercado de trabalho e a continuidade nos estudos são fatores que contribuíram e ainda contribuem para tais alterações, o que já apontava Badinter (1980), e se mostra uma análise bastante contemporânea (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007; RIOS; GOMES, 2009).

O aumento do percentual de mulheres como referência (responsável) em casais com filhos parece ser outro resultado da inserção feminina no mercado de trabalho e do aumento de sua escolaridade: em 2004, 3,6% das mulheres eram descritas como referência, ao passo que em 2014 esse percentual subiu para 15,1%. Tais conquistas possibilitam, no caso das mulheres com filhos, o aumento de autonomia feminina nas relações familiares e conjugais e sinalizam outras possibilidades de atuação materna, que não apenas o cuidado direto com seu filho. Vale destacar, sem prolongar a discussão, a ingloria ‘conquista’ da dupla jornada de trabalho, advinda com o trabalho remunerado não dissociado do trabalho doméstico.

A esse respeito, Coutinho e Menandro (2015, p. 63) destacam:

*... o trabalho representa para a mulher a possibilidade de autonomia em diferentes níveis, mas representa também o desafio da conciliação com a vida familiar, uma vez que a inserção feminina no mercado de trabalho não afastou a mulher de funções domésticas, mas sim a colocou na intersecção dessas duas esferas, em posição que muitas vezes é geradora de angústia e sofrimento, visto que uma função ainda parece sobressair-se culturalmente sobre as demais: ser mãe.*

Assumindo-se a autonomia da mulher com relação a seu corpo, Patias e Buaes (2012) investigaram as representações sociais de maternidade de mulheres que optam por não viver a maternidade, e concluíram que essa opção pode significar “a preferência por constituição de vínculos mais fluidos, maior liberdade e possibilidades de participação em outros cenários sociais” (p. 305). Para essas autoras, no desejo de realização pessoal da mulher contemporânea a vivência da maternidade não é aspecto fundamental.

Ainda que ter ou não filhos seja analisado como uma decisão do casal por alguns autores (RIOS; GOMES, 2009), devemos levar em conta a observação de Rodrigues e Trindade (1999) de que, culturalmente, a maternidade é compreendida como natural, enquanto a paternidade resultaria

de processo de socialização e amadurecimento masculino. Tal fato pode explicar a marca da rejeição social estampada na mulher que opta pela não-maternidade, muito mais forte do que a do homem que resolve não ser pai.

É importante salientar que essa perspectiva tradicional das relações de gênero aparece também relacionada ao casamento, considerado ainda como condição para a existência de filhos. A pesquisa de Cravo (2014) ouvindo homens e mulheres sobre a solteirice após os 40 anos mostra que as mulheres que permanecem solteiras por opção ainda são vistas como solteironas, encalhadas, feias e promíscuas, principalmente entre os homens, apesar de aparecerem também designações com conotação positiva, como independente, resolvida e feliz, as duas últimas ocorrendo apenas entre as mulheres.

Nesse sentido, retomamos a análise de Soihet (1986) que, em seu texto, refere-se a dois tipos de mulheres “indesejáveis” em contraponto à mulher ideal, pueril e submissa, por parte da Medicina, à época de 1890 a 1920: o primeiro tipo seria a “mulher infiel ao marido” e o segundo a “mulher emancipada, original” (p. 199). Descreve a autora que essa mulher “intelectual, emancipada” se constituía, dentro do âmbito médico/higienista, como mau exemplo para outras mulheres, pois as fazia crer que poderiam prescindir de um marido para subsistir. No âmbito da maternidade, tais características da mulher original eram condenáveis e poderiam implicar no sacrifício do próprio filho em prol do exercício de “gostos estranhos” como pintar, escrever e viajar (p. 199).

Os dados de Cravo (2014) trazem os argumentos de Soihet (1986) para os tempos atuais, mais de um século depois. Ainda hoje se pode verificar, em eventos recentes, a condenação popular de mulheres que se permitem desfrutar desses “gostos estranhos”, subvertendo o ideário machista sobre o feminino. Como exemplos, tem-se o caso das duas jovens argentinas que viajavam pela América do Sul e foram mortas no Equador<sup>64</sup>, parte das críticas feitas a esse triste desfecho refletem a compreensão naturalizada de que a mulher desacompanhada é responsável/culpada por se colocar em situação de risco/vulnerabilidade. Culpa-se a mulher pela opção de se expor e não o homem por optar pela violação.

Outro exemplo são as reações à notícia de aumento, no Brasil, do número de abortos em gestantes cujos fi-

64 <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2016/03/viajosozinha-como-morte-de-duas-turistas-argentinas-levou-debate-sobre-assedio.html>. Acesso em 6 de março de 2016.

lhos foram diagnosticados com microcefalia<sup>65</sup>. As críticas às mulheres que optam pelo aborto desconsideram o fato de muitas terem sido abandonadas por seus parceiros – muitos culpabilizando a mulher pelo diagnóstico do bebê. Culpam a insensibilidade da mulher que aborta, e ignoram de forma insensível o contexto de precariedade financeira, afetiva e de suporte social. O homem, o pai ausente, pouco é lembrado, menos ainda responsabilizado.

A par de que há ainda um longo caminho a se percorrer com relação à conquista de direitos igualitários e relações que permitam o respeito às diferenças (de sexo, de gênero e de tantas outras referências que diferenciam cada ser humano), temos que reconhecer conquistas e mudanças em práticas femininas que se fortalecem em nosso dia-a-dia e que, por serem recentes e conviverem com valores tradicionais, geram debates, estranheza e, como vimos em tantos casos, reações violentas e de preconceito.

Nesse contexto de ambiguidades e controvérsias, vale lembrar que os profissionais que atendem mulheres e homens em diferentes situações, como nos campos da saúde e da educação, também são parte do universo social e podem compartilhar as matrizes do ideário de gênero prevalentes em seus grupos de pertença. O profissional de Psicologia não é diferente dos outros. Por mais avançadas que tenham sido as propostas de sua graduação, outras influências se fazem presentes, como família e grupos de amigos.

Na Psicologia, as temáticas parentalidade e feminino não são novidade nas pesquisas e publicações e, em verdade, a atenção à mãe é tema antigo, particularmente na Psicologia do Desenvolvimento, mas com pouca atenção à compreensão da mulher que se tornou mãe. Baseada em dados de diferentes pesquisas, Trindade (1998, 1999) adverte que as concepções e crenças dos profissionais sobre os papéis sociais de homens e mulheres, de pais e mães, orientam suas práticas. Essa afirmação leva à demanda para a produção de conhecimentos que possam auxiliar os profissionais, contribuindo para a inovação das práticas, fundamentadas em um ideário que não compactue com a naturalização da “condição feminina”.

Sabemos que as pesquisas em Psicologia publicadas na forma de artigos científicos são muitas vezes base de estudos para práticas profissionais. Assim, indagamos sobre quais as perspectivas utilizadas pelos autores des-

65 <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2016/02/gravida-vitima-de-zika-dever-direito-ao-aborto.html.ehttp://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2016/02/04/homens-abandonam-maes-de-bebes-com-microcefalia-em-pe.htm>. Acesso em 6 de março de 2016.

sas publicações. Além de dados, informações e análises, quais ideais e valores sobre mulher e (não) maternidade têm embasado pesquisas e também sido propagados por nossas publicações científicas?

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é verificar, no âmbito da produção de conhecimento da Psicologia, as possíveis recriações e redefinições de (não) maternidade, ancoradas nas transformações que vêm ocorrendo nas relações de gênero. Em especial, interessa conhecer, através dos artigos publicados em periódicos da área, a natureza das concepções de não-maternidade objetivadas nas perspectivas analíticas dos textos encontrados.

### CAMINHOS PERCORRIDOS

Considerando que o objetivo do presente estudo enfatiza a análise da produção brasileira sobre a não maternidade, avaliamos como necessária a apresentação do contexto em que essa produção se insere, mapeando a produção sobre a maternidade, até para estabelecimento de possíveis parâmetros que permitiriam comparações.

O caminho metodológico implicou, então, na realização de levantamento de artigos que abordassem concepções de maternidade e de não maternidade, publicados em periódicos nacionais de Psicologia, mesmo que não fossem o tema central. A busca foi realizada nas bases de dados Scielo (*The Scientific Electronic Library Online*) e PePsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e, no total, foram investigados 38 periódicos, sendo 25 da base PePsic e 13 da base Scielo<sup>66</sup>.

Para o rastreamento das publicações, foram inseridos descritores no campo de pesquisa “todos os campos”, e considerados dois eixos: 1) maternidade – cujos termos de busca foram *maternidade/ maternal/ maternagem/ mater-no(a)/ mãe/ mães; reprodução assistida/ inseminação/ fertilização/ reprodutivas*; 2) não-maternidade – com os termos de busca *não maternidade; aborto; infertilidade/ esterilidade*.

Após o levantamento da produção científica nas bases previamente definidas, foi feita a leitura de todos os resumos encontrados, em um total de 1.028. Em seguida, procedemos a exclusão daqueles em que a (não) maternidade aparecesse como assunto periférico; artigos que tinham

<sup>66</sup> Mais informações sobre os periódicos podem ser conferidas no Anexo 1.

como foco principal, por exemplo: a implantação de programas de saúde; a amamentação; o parto; a validação de escalas; entre outros. Também foram excluídas resenhas de livros e resumos expandidos. Com isso, o número final de resumos passou para 559.

Os resumos selecionados passaram por um processo de classificação, o que se deu em dois momentos. Primeiramente, foram definidas *categorias temáticas* com o intuito de organizar a apresentação dos temas encontrados, resultando em sete categorias: 1. *Maternidade em contextos específicos*; 2. *Reprodução assistida*; 3. *Relação/interação mãe-filho*; 4. *Estilos/práticas parentais*; 5. *Maternidade e problemas de saúde*; 6. *Maternidade contemporânea*; 7. *Não-maternidade*. Posteriormente, os resumos foram classificados com base no que se denominou *perspectiva de análise*, o que se deu levando em conta a natureza das concepções de maternidade presentes nos textos. Os resumos foram reclassificados em: i. *Impactos da Maternidade no desenvolvimento infantil*; ii. *Maternidade e suas vicissitudes*; e iii. *Maternidade e transições*. Os trabalhos agrupados na categoria 7 (não-maternidade) não passaram por esse segundo momento de classificação, sendo analisados separadamente.

É fundamental destacar que, nos dois momentos, a decisão sobre as categorias relacionadas à maternidade priorizou denominações abrangentes, uma vez que não seriam foco de análise. Fica evidente, assim, que uma apreciação criteriosa da produção sobre maternidade exigiria o refinamento da categorização utilizada.

Serão apresentados, primeiramente, os resultados gerais da pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados. Em sequência, serão descritos os resultados encontrados sobre maternidade e, por fim, os artigos sobre não-maternidade, foco do presente trabalho, serão apresentados e discutidos de acordo com os temas mais recorrentes.

## **SOBRE A MATERNIDADE**

O *corpus* constituinte desse eixo foi composto por 526 resumos.

Na categorização temática, os resumos sobre maternidade foram classificados de acordo com seis categorias, conforme quadro a seguir:

Quadro 3: *Categorias temáticas*

<b>Categorias</b>	<b>Quantitativo</b>
1. Maternidade em contextos específicos	91
2. Reprodução assistida	29
3. Relação/interação mãe-filho	118
4. Estilos/práticas parentais	103
5. Maternidade e problemas de saúde	152
6. Maternidade contemporânea	33
Total	526

Sempre que através do resumo não ficava claro como categorizar o estudo, o texto completo era consultado e se optava pela categoria mais densamente analisada no trabalho.

Na categoria *Maternidade em contextos específicos* foram incluídos resumos que tratavam da vivência da maternidade em circunstâncias específicas, como: estar presa (cárcere); estar de luto; na situação de adoção; na adolescência; em situação de violência doméstica; entre outros. Nesses trabalhos, o que parece estar em questão são os efeitos de determinados eventos sobre a experiência da maternidade, ou seja, de que forma afetam seu significado, sua aceitação, e quais os sentimentos suscitados.

Embora a *Reprodução Assistida* pudesse ser englobada na categoria anterior, consideramos importante destacar que, graças aos avanços médicos e tecnológicos, a maternidade é uma possibilidade presente mesmo quando há dificuldades/problemas do ponto vista físico/biológico. Na verdade, a maior parte dos resumos incluídos nessa categoria explicitava o grande desejo da mulher de tornar-se mãe, o que é possível por meio de tratamentos específicos, como inseminação artificial e reprodução *in vitro*. Há também trabalhos que destacam o sofrimento da mulher por não conseguir “naturalmente” se tornar mãe – o que é descrito como o objetivo maior de todas as mulheres –, tendo que recorrer à Medicina.

A categoria *Relação/interação mãe-filho* abarcou um grande número das publicações (118), e, geralmente, versava sobre: relacionamento da mãe com os filhos; apego/vínculo estabelecido; importância do papel materno para o desenvolvimento saudável da criança; consequências da relação mãe-bebê para o desenvolvimento psíquico; o

normal e o patológico na relação mãe-bebê. Alguns dos trabalhos aqui incluídos mencionavam também o papel dos pais no desenvolvimento dos filhos; contudo, a maioria centrava-se no vínculo mãe-filho. Nestes casos, em geral se focava a relação materna com o bebê ou a criança, havendo um número ínfimo de trabalhos sobre a relação mãe-filho na fase da adolescência ou na idade adulta.

Já a categoria *Estilos/práticas parentais* compreendeu trabalhos que abordavam, por exemplo: a relação entre práticas educativas de mães e pais e os comportamentos dos filhos; padrões familiares de interação; estratégias educativas desejáveis e indesejáveis; resiliência parental; diferenças nas práticas parentais de mães adultas e mães adolescentes; entre outras. Os trabalhos aqui inseridos se referiam a mães e pais ou só a mães.

A categoria que abrangeu maior número de resumos foi *Maternidade e problemas de saúde* (152). Nesta, foram incluídos resumos que tratavam da experiência da maternidade em contextos de *problemas de saúde, seja da mãe* (67 resumos), *seja da criança* (85). Estes trabalhos tratavam majoritariamente de situações de saúde que interferiam diretamente na experiência e no exercício da maternidade, por exemplo: depressão materna; anemia falciforme na gestação; câncer materno; prematuridade do bebê; criança com síndrome de Down; psicose infantil; autismo; criança com paralisia cerebral. São situações descritas, de modo geral, como interferentes diretos na vida dos pais, da família, às vezes com sérias consequências para a significação da experiência materna. Quando o problema de saúde afetava a criança, foram descritos contextos que envolviam sobrecarga física e emocional, sendo geradores de sentimentos ambivalentes. Enfatizava-se, em alguns casos, o importante papel da mãe para a recuperação do filho. No caso de mães com problemas de saúde, discutia-se os impactos do problema para o desenvolvimento e saúde dos filhos.

A conciliação da maternidade com questões como o trabalho e/ou outros projetos de vida foi abordada na categoria denominada *Maternidade contemporânea*. Essa foi uma das categorias que contou com o menor número de trabalhos (33), e dizia respeito aos conflitos e dificuldades enfrentadas pela mulher na atualidade, para a vivência da maternidade, bem como sobre as novas formas de

exercício da maternidade daí decorrentes. É o caso, por exemplo, da mulher que precisa conciliar a maternidade e a carreira, ou da mulher que decide adiar a maternidade até finalizar os estudos.

No segundo momento de classificação, de acordo com a perspectiva de análise, trabalhou-se com três grandes categorias, que englobaram as categorias temáticas, conforme quadro abaixo:

**Quadro 4:** *Perspectivas de análise*

Perspectiva de análise	Quantitativo
Impactos da maternidade no desenvolvimento infantil	215
Maternidade e suas vicissitudes	278
Maternidade e transições	33

A perspectiva denominada *Impactos da maternidade no desenvolvimento infantil* englobou textos em que a mãe aparece como elemento essencial para o desenvolvimento do(a) filho(a), podendo representar tanto um fator de proteção quanto de risco. São resumos que apresentam características específicas para a “boa maternidade” assinalando, por exemplo, os “recursos psíquicos necessários para que uma mulher se constitua como mãe” e, ao mesmo tempo, abordam as consequências do mau desempenho do papel materno, como contribuir para o desenvolvimento de doenças e/ou problemas de comportamento em suas crianças.

Desta perspectiva, é possível depreender que, a despeito das várias transformações no papel feminino nas últimas décadas, resultantes principalmente dos movimentos feministas em suas várias versões, a ideia da mulher como a responsável natural e/ou principal pelos filhos ainda se faz fortemente presente em nossos dias. Nesse sentido, “apesar de a rígida divisão nos papéis de homens e mulheres no espaço doméstico ter sido questionada, ainda prevalecem as antigas concepções de que ‘mãe é mãe’ e de que ela é a principal responsável pelos cuidados com os filhos (...)” (ROCHA-COUTINHO, 2013, p. 16).

A ênfase na importância do papel materno para o desenvolvimento infantil ainda encontra eco nas publicações deste século, havendo poucas menções, comparati-

vamente, ao papel paterno. Tal resultado faz lembrar o estudo de Rodrigues e Trindade (1999), que buscou identificar como pais e mães eram vistos na Psicologia do Desenvolvimento segundo manuais da área editados na década de 1970. As autoras identificaram que, na Psicologia do Desenvolvimento praticada nas décadas de 1960 e 1970, a mãe aparecia como figura imprescindível para o desenvolvimento infantil, sendo o papel paterno subvalorizado. Mais de 40 anos após o período considerado, ainda é possível identificar o valor dado ao vínculo mãe-criança para o desenvolvimento infantil.

O trabalho de Woollett e Phoenix (1991), em contexto internacional, também identificou que em muitos estudos na área da Psicologia as mães são, normalmente, consideradas as figuras fundamentais para o desenvolvimento dos filhos, de maneira que seus comportamentos são vistos como elementos essenciais para o desenvolvimento da criança e para sua competência futura, sendo elas, usualmente, foco dos estudos.

Não se trata, aqui, de minimizar a importância da relação mãe-criança ou desqualificar o impacto positivo de uma boa maternagem no desenvolvimento da criança. Trata-se, antes, de sinalizar que essa perspectiva de análise, no âmbito da Psicologia, negligencia a presença e a importância do pai, o que não beneficia qualquer dos membros da tríade pai-mãe-criança, e camufla a presença da mulher que já existia, com suas forças e fraquezas, antes da maternidade. A mulher-mãe e o homem-pai ficam fora da equação.

A perspectiva denominada *Maternidade e suas vicissitudes* constituiu ampla categoria, abarcando textos em que a maternidade é vivenciada em contextos e condições diversas. Os autores falam da maternidade considerando as dificuldades decorrentes de tais condições e contextos, e também das alegrias, dos sentimentos positivos que estão presentes mesmo em circunstâncias adversas. Incluem-se, aqui, os trabalhos sobre reprodução assistida, sobre estilos parentais, sobre problemas de saúde da mãe e da criança. Cabe aqui reforçar o que já foi mencionado: em estudo que priorizasse a produção sobre a maternidade, essa categoria deveria, sem dúvida, ser desdobrada, porque é pouco discriminativa para a compreensão das diferentes questões aqui envolvidas. Considerou-se, no entanto, que para ilustrar um contexto seria suficiente.

Como se pode notar no quadro 2, poucos foram os textos enquadrados na perspectiva *Maternidade e transições*. Aqui, foram agrupados os trabalhos que trazem, de forma explícita ou implícita, a defesa de um trânsito feminino possível entre os espaços privados e públicos. Logo, não são textos que questionam a importância da maternidade na vida da mulher, mas, sim, que trazem a ideia de que é possível a mulher conciliar a maternidade com outros papéis como, por exemplo, a inserção no mercado de trabalho, sendo essa conciliação considerada positiva para a qualidade de vida da mulher.

Os trabalhos incluídos nessa categoria acabam dando destaque ao “desafio” vivenciado por muitas mulheres: ser mãe e, ao mesmo tempo, exercer outros papéis. A esse respeito, Coutinho e Menandro (2009) ressaltam que “as mulheres estão sujeitas às pressões sociais que lhes indicam, ao mesmo tempo, o que é próprio ou não de uma mulher-mãe, e o que é esperado de uma mulher moderna, ‘emancipada’. Diante disso, não é de se estranhar que muitas mulheres atualmente se encontrem “perdidas”. (p. 318)

Isso significa que o fato de a mulher ter incorporado outros papéis a partir das últimas décadas do século XX, não, necessariamente significou uma redução da importância da maternidade em sua vida, mas sim uma incorporação de outras responsabilidades, o que, muitas vezes, vem acompanhado de culpa e frustração. A culpa e a necessidade de compensar a ausência em relação aos filhos, segundo Barbosa e Rocha-Coutinho (2007), são consequências diretas da conciliação maternidade-trabalho fora, o que também traz implicações para o comportamento dos filhos.

Zulato-Barbosa e Rocha-Coutinho (2012) destacam que:

*Apesar de estarmos vivendo um processo bastante acelerado de transformação dos papéis masculinos e femininos na sociedade brasileira atual, mais do que uma ruptura definitiva com o passado, pode-se dizer que estamos atravessando um momento de transição, em que os antigos papéis continuam presentes, convivendo, no interior dos sujeitos, em níveis distintos de consciência, com esses novos papéis que estão sendo por eles incorporados (p. 579).*

No que diz respeito a essa transição, assim como Azevedo e Arrais (2006), avalia-se que da “nova mulher” que existe hoje ainda é cobrado o “velho modelo de mãe idealizada”. Diante disso, “observa-se um conflito na vivência do papel moderno de mãe, que acarreta mais dúvidas, angústias e, sobretudo culpa, que se revelam através da (des)conhecida ambivalência materna (AZEVEDO; ARRAIS, 2006, p. 270).

## **SOBRE A NÃO MATERNIDADE**

Dos resumos selecionados para análise (559), apenas 32 abordavam a questão da não maternidade, o que corresponde a 5,7% do total. Destaca-se que, destes, 14 abordavam o sofrimento (feminino ou do casal) *por não poder ter filhos*, ou seja, focavam a *não maternidade involuntária*, vivenciada com dor e tristeza; os outros 18 trabalhos enfocaram a *não maternidade voluntária*. A opção pela não maternidade apareceu retratada, então, em apenas 3,2% do total analisado, o que revela uma produção brasileira bastante incipiente sobre essa temática, principalmente se comparada com a produção sobre maternidade. A seguir aprofundamos a discussão sobre a não maternidade considerando as duas categorias identificadas: involuntária e voluntária.

### **A) A NÃO MATERNIDADE INVOLUNTÁRIA: AS FACES DO SOFRIMENTO**

Os artigos incluídos nessa categoria mostram, sob qualquer ângulo de análise, o sofrimento feminino diante da impossibilidade da realização do sonho da maternidade.

Dos 14 resumos que abordavam essa questão, sete apresentavam estudos realizados com casais, seis com mulheres, e um consistiu em revisão de literatura. De modo geral, os artigos apresentavam as alternativas buscadas frente a impossibilidade biológica de ter filhos, tais como: procedimentos de reprodução medicamente assistida (oito trabalhos) e adoção (dois trabalhos). Quatro trabalhos não abordaram alternativas assumidas frente à infertilidade - um abordou as consequências físicas e/ou psicológicas decorrentes da situação de infertilidade na esfera individual e conjugal (numa revisão de literatura); outro abordou a representação do feminino para mulheres e homens após

cirurgia de laqueadura; outro, de base psicanalítica, investigou os aspectos psíquicos ligados a vivência da infertilidade feminina no contexto pós-moderno; e o quarto investigou as representações sociais da infertilidade feminina para mulheres de diferentes estratos sociais.

Diante disso, pode-se entender que os trabalhos sobre a não maternidade involuntária, na realidade, explicitam, assim como as categorias sobre maternidade, a força do ideal materno, uma vez que discutem as mazelas decorrentes de sua impossibilidade e as tentativas de, finalmente, alcançá-la. A infertilidade aparece como algo ruim, temido, que traz sofrimento, vergonha, frustração e incompletude. E com isso cabem todos os esforços para superá-la. Chama a atenção o estigma que as mulheres inférteis ainda parecem carregar e imputar a si próprias.

Em estudo realizado há mais de uma década acerca das representações sociais da infertilidade feminina, Trindade e Enumo (2002) destacavam que a maternidade ainda continuava sendo vista como uma função “natural” da mulher, de forma que:

*Apesar das transformações observadas nas concepções e práticas relacionadas à infertilidade, fundamentadas principalmente no avanço do conhecimento médico, a condição de infértil tem se constituído em um anátema para as mulheres, atravessando séculos de história e rompendo limites geográficos e culturais. É farta a literatura mostrando a imposição social da maternidade para a “mulher normal” e as consequências pessoais e sociais de problemas reprodutivos (p. 153).*

Em pesquisa sobre maternidade e infertilidade, Ulrich e Weatherall (2000) também observaram que a condição de não poder ter filhos era vivenciada como fracasso e/ou castigo pelas mulheres, o que acabava gerando culpa, estigmatização e patologização da mulher, sentimentos muitas vezes reforçados pelos próprios termos médicos que descrevem e definem a infertilidade.

Vale salientar que, quando se aborda a questão da reprodução medicamente assistida não se pode perder de vista que esta não se restringe à resolução de casos de

infertilidade, haja vista que também engloba “casos de reprodução humana que nem sempre seriam decorrências de problemas clínicos de infertilidade” (Luna, 2013, p. 304). Ou seja, ela pode ser um caminho para casais homossexuais masculinos e femininos, mulheres solteiras, entre outros. Apesar disso, nos artigos selecionados, prevalece a associação reprodução assistida-infertilidade.

Interessante notar que, ainda hoje, esse tipo de discurso que associa a maternidade à definição da identidade feminina mostra-se muito presente. Esse “ideal da maternidade” defendido desde a época da colonização (Del Priore, 2002), ainda tem força na atualidade, e faz com que se destine às mulheres a maior parte das medidas e alternativas para se alcançar o objetivo de ter filhos biológicos. A título de exemplo, um dos trabalhos apontou que a decisão de iniciar procedimentos de fertilização *in vitro* baseou-se mais no anseio das mulheres que no dos homens. Nesse sentido, Luna (2013) destaca que, mesmo quando o problema reprodutivo afeta o homem, é quase sempre sobre a mulher que se aplicam as técnicas para garantir a reprodução. E é também sobre esta que recai o maior peso no caso de fracasso no tratamento.

## **B) A NÃO MATERNIDADE VOLUNTÁRIA: OPÇÃO E AINDA SOFRIMENTO**

Os artigos que abordaram a questão da escolha/decisão por não ter filhos adotaram diferentes formatos e enfocaram aspectos diversos:

- Oito resumos investigaram a opção de não ter filhos, segundo diferentes fontes: mulheres que não tinham/não queriam ter filhos (04) ou casais (01) que optaram por não ter filhos; um (01) estudo comparou mulheres que optaram por não ter filhos e mulheres que queriam adiar a maternidade; um (01) comparou relatos de mulheres mães e não-mães; e um (01), teórico, consistiu em revisão de literatura, nacional e internacional, sobre casais que decidem não ter filhos.
- Quatro trabalhos relataram estudos sobre aborto, dois deles realizados com mulheres que provocaram aborto e outros dois teóricos, abordaram: o aborto em caso de fetos anencéfalos, a partir da análise da liminar de 2004, que autorizou a interrupção da ges-

tação nesses casos; e descrição de resgate histórico sobre a questão do aborto no mundo, com ênfase em como essa prática se desenvolveu em terras brasileiras e os sentidos assumidos em diferentes momentos da história e em diferentes culturas).

- Cinco resumos versavam sobre doação ou abandono do filho: dois estudos foram realizados com mulheres que doaram os filhos; um descreveu a avaliação de um protocolo utilizado com parturientes que estavam em um hospital-escola e que pensavam em doar seus bebês; um investigou junto à percepção de profissionais de saúde sobre abandono ou doação de crianças e possíveis motivações das mães para tal opção; e um estudo consistiu em pesquisa documental, realizada a partir de processos judiciais, e buscou conhecer características biossociodemográficas de mulheres que entregaram seus filhos para adoção.
- Um estudo foi realizado com jovens, de ambos os sexos, que vivenciaram a gravidez na adolescência, e buscou discutir vida sexual, uso de métodos contraceptivos, aborto e saúde do adolescente.

Os resultados desses estudos sobre não-maternidade, de forma geral, parecem sugerir que a maternidade vem perdendo seu lugar central na vida de algumas mulheres, cedendo espaço a modelos contemporâneos mais fluidos; contudo, antigas visões ainda se mostram presentes, gerando conflito para quem decide viver a experiência da não maternidade. Estigma, culpa e conjugalidade são outros aspectos discutidos por alguns desses estudos.

Os trabalhos que se referiram à opção feminina por não ter filhos apresentaram como motivos para essa decisão: a continuidade aos projetos de vida; o exercício da maternidade em um relacionamento estável; a carreira profissional; a qualidade da interação familiar na infância; questões financeiras; imaturidades; falta de apoio social (família); ausência do parceiro; vivência de relacionamentos amorosos conflituosos; negação de representações culturais que afirmam a maternidade como destino natural de toda mulher; entre outros. Como consequências da não-maternidade voluntária foram destacados: sentimentos de culpa, desamparo e solidão; ambivalência de sentimentos em decorrência de pressões da sociedade; baixa autoestima; entre outras.

Como se pode notar, a maior parte dos estudos incluídos nesta seção abordaram a não maternidade resultante de decisão prévia de não ter filhos. Cinco artigos enfocaram a questão da doação/abandono de filhos, e quatro apresentaram como foco central a questão do aborto, sendo que um deles discutiu o aborto “legal” no caso de feto inviável.

Serão esses temas ainda polêmicos e espinhosos no campo da Psicologia? O que justificaria o número tão pequeno de produções sobre essas questões se é sabido que são práticas frequentes em nossa sociedade, e produzem sérios impactos na saúde física, emocional e reprodutiva da mulher?

Com relação ao abandono e à doação, é preciso diferenciar as duas situações. Apesar de existir a concepção, no senso comum, de que doar um filho para adoção é abandoná-lo, com um julgamento fortemente negativo da mãe, essa pode ser uma visão simplista de uma situação altamente complexa. Mesmo o abandono tem que ser pensado conforme o caso, como se pode constatar no trabalho de Soihet (1986). Julgar as mães é mais fácil, mas não contribui para a compreensão da situação de forma a colaborar na geração de políticas públicas que forneçam suporte a essas mães.

Heilborn (2013) destaca que é comum nos noticiários nacionais referência às mulheres que, após darem à luz, abandonaram os filhos em lixeiras, banheiros públicos, portas de igrejas, parques, o que, geralmente, provoca condenação moral e revolta popular. Contudo, não se discute, por exemplo, a relação de tais fatos com a não legalização do aborto no Brasil.

Sobre a interrupção voluntária da gestação, Pérez, Gomes, Santos e Diniz (2013) apontam que esta representa a quarta causa de internações no serviço público de saúde, no Brasil, e é a quarta causa de morte materna, sendo que no nordeste do país é uma das causas mais significativas. Segundo as autoras, o número de abortos clandestinos no Brasil em 2000 variou entre 750 mil e 1,4 milhão, o que se sabe não ser um dado real na medida em que esse número corresponde somente às mulheres internadas na rede pública. Ou seja, o número é ainda maior, o que causa preocupação, já que deixa de revelar “os valores reais da incidência do aborto e encobre a magnitude das sequelas do aborto induzido” (PÉREZ; GOMES; SANTOS; DINIZ, 2013, p. 737).

Em estudo de 2009, Basten utiliza expressão em inglês comum entre pais/mulheres sem filhos ("*childfree*" - livre de crianças) em conjunto com expressão mais técnica ("*childless*" - sem crianças) e discute a diversidade de motivações, valores, contextos e impactos relacionados a tal opção. Ao nos debruçarmos sobre os estudos a respeito da não maternidade voluntária, temos acesso a estudos que buscaram mostrar a recusa de mulheres pelo tradicional papel de mãe. Ainda assim, a pressão colocada sobre as mulheres que optam por negar esse "destino natural" (social e biologicamente) é frequentemente citada em estudos (NUNES, 2011).

Na realidade, a opção por não ter filhos configura-se como um movimento assumido por mulheres e homens que têm vivenciado a emergência de novos padrões familiares e de conjugalidade, como mostraram os dados do IBGE (2015) descritos anteriormente. Os dados brasileiros acompanham uma tendência internacional para a dissociação da maternidade da identidade feminina, passando a representar uma possibilidade para as mulheres e não mais um destino inevitável e/ou necessário.

O crescimento de casais e mulheres solteiras que optam por não ter filhos é um fenômeno que vem ocorrendo tanto nos Estados Unidos como em países da Europa, afirma Basten (2009), em revisão da literatura sobre o assunto. O autor relata que, nos Estados Unidos do início da década de 1970, os casais sem filhos eram considerados como "desviantes", e atualmente, 40 anos depois, têm outra aceitação e reconhecimento social.

Contudo, com base nas considerações anteriores, podemos afirmar que as consequências da não maternidade estão presentes em todos os níveis. Se involuntária, os sentimentos de fracasso e incompletude vão afetar a saúde física e mental da mulher; as relações conjugais poderão ser fortalecidas para o enfrentamento da situação, mas também podem se desgastar, provocando inclusive a dissolução do casamento. Em termos familiares será preciso lidar com a incompreensão, fornecendo repetidas informações sobre condições de saúde que, de outro modo, ficariam restritas à intimidade do casal. Se é voluntária/opcional, as consequências talvez sejam ainda mais dolorosas para as mulheres haja vista que implica na negação do que há muito tempo se considera da "natureza feminina": ser mãe.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Ao resgatarmos os objetivos deste estudo, quais sejam, verificar na produção da Psicologia possíveis recriações e redefinições de (não) maternidade, ancoradas nas transformações que ocorreram nas relações de gênero, e conhecer a natureza das concepções de não maternidade objetivadas nas perspectivas analíticas dos textos encontrados, percebemos que, de modo geral, os modelos tradicionais e patriarcais de mulher e maternidade são ainda base para a construção de estudos e análise de seus dados, mesmo nos mais recentes. Apesar das mudanças nas condições de vida familiar e conjugal (IBGE, 2015) já indicadas, a produção científica mantém a reprodução do pensamento social dominante sobre a maternidade ser um ideal a ser alcançado pela mulher para se realizar. Pensamento esse embrenhado em mitos e ideias machistas sobre a mulher e o feminino, e que impactam diretamente em como a não-maternidade é discutida.

Verificamos, nos dados dos estudos analisados, a manutenção da perspectiva de que a maternidade é uma normativa na vida das mulheres, que permanece regida por valores morais e culturais socialmente instituídos, baseados em aspectos biológicos, religiosos e de controle da sexualidade e do corpo (re)produtivo feminino. A mensagem, de um modo geral, é a de que “não é proibido não ser mãe”, porém, fica claro que as consequências disso são culpa, estigma social e sensação de incompletude. É com base nesse contexto que a mulher ainda hoje precisa fazer suas escolhas e sustentar seus planos de futuro pessoal e de relações afetivas.

A experiência de ser ou não mãe é discutida como situação que vai impactar diretamente na experiência de vida feminina da mulher, havendo poucas considerações advindas dos próprios autores de que ser mãe é uma opção, e de que a vida da mulher pode também ser plena e realizada sem que ela vivencie a maternidade.

Ainda que a Psicologia transite por diversas práticas e espaços de saber defendendo a diversidade das relações humanas, combatendo práticas de exclusão e violência relacionadas a perspectivas de gênero tradicionalistas e machistas, essa área cai na armadilha do ideário da maternidade como realização feminina e na perspectiva médica de que a mulher é o único e ideal meio/instrumento para o

desenvolvimento de uma criança. O pai, em poucos casos, é citado como participativo e relevante.

Há, pois, nos estudos sobre a maternidade, um descompasso da própria área de produção de conhecimento psicológico que apresenta relatos e dados de mães e não-mães relevadores de perspectivas tradicionalistas pessoais ou de pessoas a sua volta, sem aproveitar a oportunidade para tecer críticas sobre a dominação e o impacto de tais normativas no cotidiano feminino.

Por exemplo, mesmo nos momentos em que a “transição nos papéis femininos” é discutida (ao se estudar a maternidade e carreira profissional, por exemplo), as dificuldades e empecilhos são destacados em detrimento das boas práticas vivenciadas e desenvolvidas pela e para a mulher nesse contexto. Ainda que a possibilidade de novas formas de maternidade se configurem com as novas conquistas femininas, o peso por buscar essa realização profissional ainda é destacado nos estudos.

Não queremos aqui afirmar que a Psicologia deva negar ou ignorar o sofrimento das mulheres no que se refere às diversas vivências da maternidade, mas, ao identificá-lo (bem como as dificuldades e desafios), que os explore como advindos das expectativas que foram impostas e naturalizadas socialmente sobre tal exercício. Assim, a Psicologia (como produtora de conhecimentos e também de práticas de atendimento e intervenções) deveria posicionar-se assumindo que nem a não-maternidade voluntária nem a involuntária são fatores de demérito ou desvalorização da mulher. A representação tradicional de feminino precisa ser questionada a fim de possibilitar o respeito e fortalecimento da mulher para além de um corpo físico reprodutivo e um “instinto materno” sacramentado, e esse questionamento precisa incluir os valores dos profissionais que, certamente, estão envolvidos nas opções pelas práticas que exercem.

Tal posicionamento da Psicologia, como ciência produtora de conhecimentos e formadora de opiniões e posicionamentos, deve ser colocado de modo político e ético a fim de possibilitar a construção de saberes que ofereçam base aos profissionais no trabalho com as mulheres, apoiando-as para reorganizem valores, planos e sentimentos para que possam exercer suas escolhas com relação à (não)reprodução, (não) maternagem, adoção ou doação de crianças de forma mais saudável, menos oprimida pelas pressões sociais.

## **Referências Bibliográficas**

---

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n.2, 2006, p. 269-276.

BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, v.19, n.1, 2007, 163 – 185.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BASTEN, S. Voluntary childlessness and being Childfree. **The Future of Human Reproduction: Working Paper**, v.5, 2009, p.1-23.

COUTINHO, S. M. S.; MENANDRO, P. R. M. **A dona de tudo: um estudo intergeracional sobre representações sociais de mãe e esposa**. Vitória: GM Gráfica e Editora, 2009.

COUTINHO, S. M. S.; MENANDRO, P. R. M. Representações sociais do ser mulher no contexto familiar: um estudo intergeracional. **Psicologia e Saber Social**, v.4, n.1, 2015, p.52-71.

CRAVO, C. L. **Representações sociais de homens e mulheres sobre a solteirice de pessoas com mais de 40 anos**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

DEL PRIORE, M. Magia e medicina na colônia: O corpo feminino. In. DEL PRIORE, M. (Org.) BASSANEZI, C. (Orgs) **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2002, p. 78-114.

HEILBORN, M. L. Aborto e trajetórias biográficas em quatro cidades latino-americanas. In. SILVA, D. A.; HÉRNANDEZ, J. G.; SILVA JUNIOR, A. L.; UZIEL, A. P. (Orgs). **Feminilidades: corpos e sexualidades em debate**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013, p. 329-349.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira– 2015**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

LUNA, N. Novas tecnologias reprodutivas: corporalidade e parentesco no limiar de regulações jurídicas. In. SILVA, D. A.; HÉRNANDEZ, J. G.; SILVA JUNIOR, A. L.; UZIEL, A. P (Orgs). **Feminilidades: corpos e sexualidades em debate**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013, p.293-319.

MANSUR, L. H. B. Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n.4, 2003, p. 2-11.

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. **Psicologia Clínica, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 2, 2011, p.101-115.

PATIAS, N. D.; BUAES, C. S. “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n. 2, 2012, p. 300-306.

PÉREZ, B. A. G.; GOMES, N. P.; SANTOS, M. DE F. DE S.; DINIZ, N. M. F. Aborto Provocado: representações sociais de mulheres. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 21(esp.2), 2013, p. 736-42.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.26, n.2, 2009a, p.215-225.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. Estigmatização e conjugalidade em casais sem filhos por opção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n.2, 2009b, p. 311-319.

ROCHA-COUTINHO, M. L. A difícil arte de harmonizar família, trabalho e vida pessoal. In T. Féres-Carneiro. **Casal e família: transmissão, conflito e violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, p.13-33.

RODRIGUES, M. M. P.; TRINDADE, Z. A. Em nome do pai e do filho: relações afetivas e instrumentais. In. MENANDRO, P. R. M.; TRINDADE, Z. A.; BORLOTTI, E. B. (Orgs). **Pesquisa em Psicologia – Recriando Métodos**. Vitória: UFES, 1999, p. 129-139, 1999.

SOIHET, R. É proibido não ser mãe. Opressão e moralidade da mulher pobre. In. VAINFAS, R. (Org.) **História e Sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986, p.191-212.

TRINDADE, Z.A Concepções de maternidade e paternidade: o convívio atual com fantasmas do Século XVIII. In. SOUZA, L.; FREITAS, M.F.Q.; RODRIGUES, M.M.P.(Orgs.) **Psicologia: reflexões (im)pertinentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 129-155.

TRINDADE, Z.A. Concepções arcaicas de maternidade e paternidade e seus reflexos na prática profissional. **Interfaces Revista de Psicologia**, v.2, n.1, 1999, p. 33-39.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Triste e incompleta: Uma visão feminina da mulher infértil. **Psicologia USP**, v.13, n.2, 2002, p. 151-182.

ULRICH, M.; WEATHERALL, A. Motherhood and infertility: Viewing motherhood through the lens of infertility. *Feminism & Psychology*, 10 (3), 323-336, 2000.

WOOLLETT, A.; PHOENIX, A. Psychological views of mothering. In. PHOENIX, A.; WOOLLETT, A. (Org). **Motherhood: Meanings, practices and ideologies**. London / Newbury Park / New Deli: SAGE Publications, 1991, p. 28-46.

ZULATO-BARBOSA, P.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.3., 2012, p.577-587.



# ANEXO 1

## **LISTA DOS PERIÓDICOS DAS BASES PEPSIC E SCIELO, CONSULTADOS EM JANEIRO DE 2016.**

---



**Quadro 1.** Lista de periódicos da base PePsic

<b>Periódico</b>	<b>Período</b>	<b>Nº de Exemplares</b>
Aletheia	2006-2015	26
Avaliação Psicológica;	2006-2015	27
Cadernos de Psicologia Social do Trabalho;	2005-2015	20
Ciências & Cognição;	2009-2015	12
Estilos de Clínica;	2004-2015	26
Estudos e Pesquisas em Psicologia;	2004-2015	26
Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia	2012-2015	06
Mental	2005-2015	16
Natureza Humana	2006-2015	14
Psicologia da Educação	2005-2015	21
Psicologia em Revista	2005-2014	25
PsicologiaHospitalar	2004-2014	21
Psicologia: teoria e prática	2002-2015	33
Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	2005-2015	33
Revista Brasileira de Orientação Profissional	2003-2015	24
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	1999-2014	34
Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	2005-2014	19
Revista da Abordagem Gestáltica	2007-2015	17
Revista da SBPH	2004-2014	22
Revista da SPAGESP	2000-2015	27
Revista de Psicologia Política	2007-2014	18
Revista Mal Estar e Subjetividade	2001-2014	39
Revista Psicologia Organizações e Trabalho	2001-2016	37
Temas em Psicologia	1993-2015	61

**Quadro 2.** Lista de periódicos da base Scielo

<b>Periódico</b>	<b>Período</b>	<b>Nº de Exemplares</b>
Estudos de Psicologia – Campinas	1997 – 2015	68
Estudos de Psicologia – Natal	1997 – 2015	54
Fractal*	2005 – 2015	30
Paidéia	1991 - 2016	59
Psicologia Ciência e Profissão	1982 - 2015	103
Psicologia Clínica	2005 - 2015	20
Psicologia e Sociedade	2002 - 2015	50
Psicologia em Estudo	2000-2014	49
Psicologia Escolar e Educacional	1996 - 2015	41
Psicologia: Reflexão e Crítica	1997 - 2015	63
Psicologia: Teoria e Pesquisa	1999 - 2015	61
Psicologia USP	1997 - 2015	57
PsicoUSF	2001 - 2015	35

*\*Entre 2005 e 2007 este periódico denominava-se Revista do Departamento de Psicologia da UFF*

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

### **VALESKA ZANELLO**

Possui graduação em Filosofia pela Universidade de Brasília (2005), graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (1997), e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2005) com período sanduiche de um ano na Université Catholique de Louvain (Bélgica). Professora adjunta do departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, orientadora de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PP-G-PSICC). Coordena o grupo de pesquisa “Saúde Mental e Gênero” (foco em mulheres) o qual realiza uma leitura do campo da saúde mental sob um viés feminista das relações de gênero (e interseccionalidades com raça e etnia) no que diz respeito à epistemologia, semiologia, diagnóstico psiquiátrico e prática profissional. É representante do Conselho Federal de Psicologia no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (SPM) e no GEA (Grupo de Estudos do Aborto).

### **MADGE PORTO**

Professora Adjunta-A da Universidade Federal do Acre - UFAC. Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília - UnB (2013), Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco UFPE (2002), Psicóloga Especialista em Psicologia Clínica, Graduada em Psicologia pela UFPE (1992). Pesquisadora vinculada ao grupo de pesquisa Direito, Sociedade e Meio Ambiente/UFAC. Atua nas áreas da Psicologia clínica e institucional, nos seguintes temas: psicoterapia, supervisão clínica e institucional, saúde mental, Sistema Único de Saúde, gênero, violência contra as mulheres e feminismos. Conselheira Municipal de Direitos das Mulheres de Rio Branco –AC e Conselheira Suplente do XVI Plenário do Conselho Federal de Psicologia - CFP (2013-2016).

## **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

### **ALINE XAVIER**

Psicóloga pela Universidade de Brasília – UnB (2011), Especialista em Psicologia Clínica pela abordagem Gestáltica

no Instituto de Gestalt-Terapia de Brasília – IGTB (2012), com treinamento em facilitação de grupo pelo The Gestalt Centre London (2012) e Mestra em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2016). Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/GDF, atua no Presídio Feminino do Distrito Federal, além de realizar atendimentos clínicos em consultório particular com foco no empoderamento feminino e na clínica com crianças.

### **JEFFERSON DREZETT**

Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Professor Colaborador da Disciplina de Saúde Sexual e Reprodutiva e Genética Populacional da Faculdade de Medicina do ABC. Professor do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. Coordenador do Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington.

### **JOSÉ HENRIQUE RODRIGUES TORRES**

*Juiz de Direito em São Paulo e, atualmente, titular da 1ª Vara do Júri da comarca de Campinas. É professor de Direito Penal da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e do curso de pós-graduação do IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Formador de Formadores, Formador e Tutor e Conteudista de cursos EaD da Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados - ENFAM. Presidiu o Conselho Executivo da Associação Juizes para a Democracia – AJD e integrou o Conselho Executivo da Federação de Associações Juizes para a Democracia da América Latina e Caribe - FJD. É consultor do Ministério da Saúde, assessor do “Grupo Multidisciplinar de Estudos sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos” e membro do Grupo de Estudos sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO e membro da Comissão de Terminabilidade da Vida do Conselho Federal de Medicina – CFM, da Comissão de Altos Estudos sobre Direitos Humanos do Ministério da Justiça, do Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-infantis de Campinas – CEMICAMP, do Grupo de Estudos sobre Abortamento – GEA, da Law Enforcement Against Prohibition - LEAP/Brasil, da Plataforma Brasileira de Política de Drogas - PBPD e da Rede Global Doctors for Choice/Brasil- GDC.*

**LEILA ADESSE**

Graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina (1979); especialização na Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil): Curso de extensão (lato sensu) em Saúde Pública (1986) ; Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança Instituto Fernandes Figueiras/Fiocruz (1992-1994); título de doutor em Ciência pelo Instituto Fernandes Figueira Pós Graduação em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente em julho de 2015.

Trabalhos técnicos e científicos realizados na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Reprodutiva; Diretora da ONG Ipas-Brasil 1994-2011; Diretora da ONG AADS 2011- atual; Consultora do Ministério da Saúde para projeto de Atenção ao Abortamento. Coordenadora do GEA.

**MARIO FRANCISCO GIANI MONTEIRO**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1972), especialização em Saúde Pública (USP -1973), doutorado em Demografia Médica (PhD on Medical Demography) – University of London (1990), pós-doutorado na University of Cambridge/UK (2001 e 2002) e Academic Visitor na Newcastle University/UK (2010). Professor adjunto aposentado do Instituto de Medicina Social da UERJ. Membro do GEA. Trabalhos técnicos e científicos realizados na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Reprodutiva, Demografia e Epidemiologia.

**MIRIAM B. CORTEZ**

Possui mestrado (2006), doutorado (2012) e pós-doutorado (2015) em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atuou como psicóloga no Núcleo de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, do Ministério Público do Estado do Espírito Santo. Atualmente atua na Gerência de Proteção da Mulher, na Secretaria Estadual de Segurança e Defesa Social. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Violência conjugal/familiar, atuando principalmente nos seguintes temas: violência contra a mulher, gênero, masculinidades, relações de gênero, perspectiva relacional, violência doméstica.

**SABRINE MANTUAN DOS SANTOS COUTINHO**

Doutorado (2008) e Pós-Doutorado (2011) em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Univer-

sidade Federal do Espírito Santo/ PPGP-UFES. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense/UFF, no Polo Universitário de Campos dos Goytacazes/RJ. É Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/ PPGP-UFES. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente nos seguintes campos: gênero, relações familiares e conjugais, maternidade, intergeracionalidade, representações sociais, saúde masculina.

### **TERESINHA INÊS TELES PIRES**

Doutorado em Direito pelo Centro Universitário de Brasília. Estudos de Doutorado na *American University Washington College of Law* (doutorado sanduíche). Mestre em Filosofia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Direito Civil pela Universidade Federal de Goiás. Professora Associada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Direito do Centro Universitário de Brasília. Promotora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

### **THOMAZ GOLLOP**

Graduado pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo (1971), Mestrado em Ciências Biológicas (Biologia Genética) pela Universidade de São Paulo (1977) e Doutorado em Ciências Biológicas (Biologia Genética) pela Universidade de São Paulo (1981). Atualmente é médico no Hospital Israelita Albert Einstein, médico do Hospital e Maternidade Pro-Matre. Atua principalmente nos seguintes temas: anencefalia, aborto, cesárea, aborto seletivo, ginecologia e obstetrícia.

### **ZEIDI ARAUJO TRINDADE**

Doutorado e pós-doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES. É coordenadora da Rede de Estudos e Pesquisas em Psicologia Social (RedePso-UFES). Trabalha preferencialmente com os seguintes temas: masculinidade, paternidade, maternidade, saúde masculina, relações de gênero e juventude.

**VALESKA ZANELLO**

Possui graduação em Filosofia pela Universidade de Brasília (2005), graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (1997), e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2005) com período sanduíche de um ano na Université Catholique de Louvain (Bélgica). Professora adjunta do departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, orientadora de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PSICC). Coordena o grupo de pesquisa “Saúde Mental e Gênero” (foco em mulheres) o qual realiza uma leitura do campo da saúde mental sob um viés feminista das relações de gênero (e interseccionalidades com raça e etnia) no que diz respeito à epistemologia, semiologia, diagnóstico psiquiátrico e prática profissional. É representante do Conselho Federal de Psicologia no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (SPM) e no GEA (Grupo de Estudos do Aborto).

**VANESSA CANABARRO DIOS**

Psicóloga, Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura na Universidade de Brasília, Doutorado em Ciências da Saúde pela UnB. Realizou doutorado sanduíche no Ethox Center, no Nuffield Department of Population Health na Universidade de Oxford, Inglaterra. Trabalhou como psicóloga da Secretaria de Estado da Saúde do DF e foi professora do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, GDF. Trabalha com mulheres e crianças vítimas de violência sexual e tem experiência na área de aborto previsto em lei. É pesquisadora da Anis-Instituto de Bioética.

