

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

Debora Diniz¹, Vanessa Canabarro Dios², Miryam Mastrella³, Alberto Pereira Madeiro⁴

Resumen

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

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

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

Resumo

Este artigo analisa como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima tenha acesso ao aborto legal no Brasil. Foram entrevistados 82 profissionais de saúde de cinco serviços de referência para aborto legal, um de cada região do país, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos. As entrevistas buscaram compreender procedimentos e práticas a que a mulher é submetida para ter acesso ao aborto legal. Apesar de particularidades na organização e no funcionamento dos serviços, identificamos um regime compartilhado de suspeição à narrativa da mulher que se expressa por práticas periciais de inquérito em torno do *acontecimento da violência* e da *subjetividade da vítima*. A verdade do estupro para o aborto legal não se resume à narrativa íntima e com presunção de veracidade, mas é uma construção moral e discursiva produzida pela submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços.

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

Abstract

The truth of the rape at reference abortion services in Brazil

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

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

Aprovação CAAE UnB nº 12695713.7.0000.5540

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

Correspondência

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

Declararam não haver conflito de interesse.

El aborto legal en Brasil

“Aborto legal” es una expresión brasileña para describir la ambigüedad del marco punitivo y de políticas públicas. El aborto es tipificado como delito contra la vida por el Código Penal de 1940; una mujer que lo provoque en sí misma (aborto provocado) será punida con prisión ¹. Al mismo tiempo en que el Código Penal determina régimen de castigo tan severo, reconoce excepciones en que el aborto no debe ser punido – cuando el embarazo es resultante de violación y cuando la vida de la mujer esté en riesgo. Un mismo acto es o no punible dependiendo de sus moduladores para el régimen de causalidad: en la violación, la mujer es una víctima de violencia; en el riesgo de vida, la mujer es víctima de enfermedad. Más recientemente, en un nuevo permisivo para el aborto por decisión del Supremo Tribunal Federal (STF) ², se entendió que, en caso de anencefalia, no hay delito contra la vida, pues el feto no resiste al parto. Las tres excepciones punitivas tienen en común la construcción moral de la mujer como víctima – sea da violencia patriarcal, sea del acaso de la naturaleza.

La centralidad de la figura de la mujer como víctima mueve las políticas públicas de salud a que regulen los servicios de aborto legal en Brasil. Durante largo período, se discutió a quién cabría la descripción de una mujer como víctima de violación: si a ella misma, como testigo de la violencia sufrida, o si a la policía, con registros de documentos investigativos, como es el caso del Boletim de Ocorrência (BO)(Denuncia Policial). El texto del Código Penal estableció ausencia de punición, pero no especificó cómo reconocer la verdad de la violación o del riesgo de vida de la mujer ³. Para el segundo excluyente de punibilidad, los regímenes de saber médicos rápidamente organizaron prácticas y rutinas de informe y archivo para delimitar las fronteras entre riesgo a la salud y riesgo a la vida de la mujer. Fue sobre el primero excluyente, la violación, que la disputa moral logró aliento en Brasil ³⁻⁵.

En 1999, el Ministerio de la Salud (MS) editó documento para regular los servicios de aborto legal en el país – la norma técnica Prevención y Tratamiento de los Agravios Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes. Este fue el primer texto en que se especificó el silencio dejado por el Código Penal sobre cómo establecer la verdad de la violación en el caso de la excepción punitiva al aborto. La controversia moral fue intensa y la disputa sobre la soberanía por la verdad de la violación fue lo que movió a la revisión y ampliación del documento, en 2005, y su última revisión, en 2012 ⁶⁻⁸.

A partir de entonces, el consentimiento de la mujer o de su representante legal pasó a ser elemento suficiente para el acceso al aborto legal. O sea, el testimonio de la mujer no debería ser sometido a la pesquisa policial o judicial de la verdad para que se reconociera como legítimo para el acceso a los servicios de salud. Al menos para los textos de las políticas públicas, la narrativa de la mujer debe ser suficiente para la historia de la violación y el acceso al aborto legal en los servicios de salud.

Estudios de opinión mostraron que médicos ginecólogos y obstetras todavía creen que es necesario el BO (Denuncia Policial) o autorización judicial para que una mujer tenga acceso al aborto legal ^{9,10}. Si, por un lado, es posible aceptar ese desconocimiento como información insuficiente acerca del marco de las políticas públicas en la salud, por otro, también es posible entenderlo como señal de la persistencia de la controversia moral sobre cómo se establece la verdad de violación para el aborto legal. Hay una economía moral en curso sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, que rechaza fisuras a la heteronomía reproductiva impuesta a las mujeres en materia de aborto – en ese marco moral, la excepción punitiva sería un aliento de soberanía de las mujeres sobre su cuerpo; por ello, la intensa vigilancia sobre su actualización. La ambigüedad penal – el aborto es delito, pero hay excepciones a la punición – anima una división en el reconocimiento del derecho al aborto legal: no es la autonomía reproductiva de las mujeres lo que se protege, sino a la mujer víctima de violación.

Este artículo analiza una de las expresiones de la economía moral del aborto en Brasil, aquella que se reproduce en los pocos espacios legitimados y públicos en los cuales se actualiza la ambigüedad penal de la excepción punitiva al aborto, los servicios de aborto legal. Nuestra inquietud fue conocer cómo los profesionales de salud de servicios de aborto legal construyen la verdad de la violación para que una mujer tenga acceso al aborto. Por la verdad de la violación, entendemos un conjunto de exámenes y procedimientos a que la mujer se somete tras presentarse como víctima de violación en búsqueda de un aborto legal.

Los servicios de aborto legal y las entrevistas

Se realizaron entrevistas cualitativas con los profesionales de salud que actúan en servicios de aborto previsto en ley en cinco capitales de Brasil, uno en cada región. Se han elegido los servicios de

acuerdo con los siguientes criterios: ter efectivamente realizado aborto legal en 2013 y 2012 y ser referenciado para la región geográfica en que se ubica. No hay registros consolidados de abortos legales realizados en Brasil que permitan determinar la representatividad de esos cinco servicios en el escenario nacional; siendo, sin embargo, referencia en sus respectivas regiones.

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias Humanas de la Universidad de Brasilia antes de la recolección de los datos, y todas las instituciones requirieron una nueva revisión por sus comités institucionales. En total, el proyecto fue evaluado cinco veces y el tiempo de espera para la aprobación tomó, un promedio de, dos meses, siendo que en uno de los comités la espera fue de once meses. A investigación fue realizada entre marzo de 2013 y enero de 2014.

El aborto legal es una práctica exclusivamente médica en Brasil. Sin embargo, otros profesionales de salud forman parte de los equipos que reciben y atienden a las mujeres cuyas gestaciones se insertan en los tres casos previstos en ley: riesgo de muerte, violencia sexual y anencefalia. O sea, son servicios compuestos por equipos multidisciplinarios, integrados por médicos, enfermeros y técnicos en enfermería, asistentes sociales y psicólogos, de acuerdo con la tercera edición de la norma técnica Prevención y Tratamiento de los Agravios Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes⁸.

El enfoque de la entrevista fue el aborto por violación. Las entrevistas se realizaron por dos investigadoras en el propio hospital, en local provisto por la dirección o indicado por el profesional. El consentimiento para participación fue obtenido mediante aclaración previa de los participantes y el término de consentimiento libre e informado (TCLE) firmado por escrito. Un guión semiestructurado compuesto por 13 preguntas, divididas en tres categorías de investigación (perfil profesional, flujo del servicio, historias y situaciones de rechazo de atendimento en casos de aborto legal), guió la entrevista.

Se realizaron 82 entrevistas, entre 25 médicos ginecólogos-obstetras, un médico anestesista, 19 asistentes sociales, 18 psicólogos, 13 enfermeros y seis técnicos de enfermería. Ese universo corresponde a la casi totalidad de los equipos de los cinco servicios de aborto legal (sólo 12 profesionales se negaron a participar de la investigación o no fueron ubicados durante el trabajo de campo en la unidad).

Se han grabado y transcrito las entrevistas, pero ningún dato sobre formación profesional, so-

bre la institución o sobre la región fue indexado, pues el enfoque es el *ethos* del aborto en Brasil y no en regiones específicas. Para evitar cualquier posibilidad de identificación, no hay declinación de género en las transcripciones. Se entendieron las voces como siendo de los equipos. Se solicitó un sigilo de cinco años para la divulgación de la evaluación del proyecto por los comités de ética.

Tres investigadoras leyeron y codificaron las entrevistas y se tabularon los datos a partir de un instrumento compuesto por dos cuestiones: si había prácticas periciales para la narrativa de la mujer y, habiendo, cómo se expresaban ellas. Se compararon los estándares y, en caso de discrepancia, se revisaron las transcripciones. Aunque cada servicio tenga organización y dinámica de funcionamiento particular, el análisis de las entrevistas permitió verificar la existencia de un régimen compartido de sospecha a la narrativa de la mujer sobre la violación en particular en cuatro de los servicios. En uno de ellos, hay un régimen singular de reconocimiento de la voz de la mujer como soberana, aunque el economía moral del aborto como excepción a la ley penal impone limitaciones permanentes a la autonomía del equipo.

La ocurrencia de la violencia

La encuesta es una de las prácticas judiciales de producción de la verdad, según Michel Foucault¹¹. Por la encuesta, el poder interpela a quien detiene el saber. Se la instituye en situaciones en que hay ausencia de flagrante o testigo: es por medio de ella que se permite caracterizar la verdad de una ocurrencia.

La tecnología de la encuesta no es exclusiva de los poderes judiciales o policiales; incluso fue incorporada a los saberes y prácticas biomédicas, en particular, para la gestión de la vida bajo la forma de la biopolítica¹². En el caso del aborto legal, la práctica de la encuesta investiga la verdad de la ocurrencia de la violencia y produce los sentidos para la definición de la subjetividad de la mujer como víctima. En general, no hay flagrante del escenario de la violación – es necesario creer en lo que dice la mujer que se presenta como víctima y testigo de su propia violencia. Las entrevistas, sin embargo, mostraron que no basta el texto de la mujer; la verdad de la violación está construida en el encuentro entre los testes de la verdad sobre la ocurrencia de la violencia y la lectura sobre la subjetividad de la víctima.

Cuando una mujer alcanza un servicio de aborto legal, hay un régimen de sospecha en curso que la antecede y la acompaña. Él se expresa en, por lo

menos, dos dimensiones morales. La primera, por *ethos* de excepción a la ley penal que rige el aborto en caso de violación. Como regla instituida con la fuerza de la punición penal, el aborto es delito contra la vida y su práctica, en caso de embarazo resultante de violación, es autorizada como excepción a la punición. Se mantiene el estatuto de delito, pero sin pena. Esa ambigüedad legal anima rumores entre los equipos de salud sobre el estatuto moral de los servicios de aborto legal: ¿serían servicios esenciales de protección a las necesidades de salud de las mujeres o servicios liminares a la moral criminalizadora del aborto?

La actualización de la regla penal en los profesionales que asisten las mujeres en los servicios de aborto legal anima la segunda dimensión del régimen de excepción – los profesionales de salud temen ser “engañados”: *“...porque existe siempre el fantasma en el ámbito médico de la cuestión de que las mujeres mienten...”*. La vigilancia contra el engaño rememora continuamente el carácter excepcional del servicio, dificultando violaciones de la regla penal por racionalidades de la asistencia en salud.

Además de eso, tan importante cuanto la vigilancia penal, el estatuto ambiguo de los servicios presiona a los profesionales de salud y permanecer bajo vigilancia para la moral que describe sus prácticas de asistencia como inmorales. Es en esa duplicidad de guardianes de la ley penal y de la inmoralidad del aborto que las prácticas de encuesta por la verdad de la violación surgen en el encuentro de los profesionales con las mujeres.

El régimen de excepción posibilita que prácticas periciales de encuesta se expresen como rutina de la organización de los servicios para la calificación de la mujer como víctima y, por lo tanto, para la producción de la verdad de la violación – o, en las palabras de uno de los profesionales, *“...si el médico no es muy sensible, él tiene una tendencia a hacer preguntas como si quisiera atrapar, porque tiene una necesidad de saber y confrontar si la persona está diciendo una mentira...”*.

Hay una categoría recurrente en los servicios que resume la lógica pericial impuesta por el miedo a la excepción – *nexo causal*. El sentido corriente en los servicios se acerca del sentido lógico registrado en diccionarios de la locución, “relación que une la causa al efecto”¹³, en que la causa es la violación y el efecto es el embarazo. Sin embargo, son necesarios testes de veridicción para evaluar diferentes aspectos de la narrativa de la mujer – desde el suceso de la violación hasta las posibilidades del embarazo ser resultado del evento sexual alegado y no de otro.

El resultado de los testes es la coherencia del nexo causal.

“En el caso del aborto legal, no hay el requisito de constancia, sino que tener el nexo causal, hay que confrontar la historia de la paciente con la del tiempo de embarazo...”, explicó un profesional al ser cuestionado si ya había negado algún atendimento. Para él, el fallo en el nexo causal se resumiría a la *“cuestión de la fecha de la última menstruación no conferir con la fecha de la violencia”*, o sea, no se contesta directamente la existencia de la violencia, pues una mujer puede haber sido víctima de violación, sin que el embarazo sea resultado de ese evento sexual.

La tesis del nexo causal organiza los marcos investigativos previstos en los documentos normativos de la política pública del MS, pero también actualiza el doblamiento del poder policial con el poder médico: los policiales salieron del escenario (no se exige de la mujer la constancia para acceder el servicio de aborto legal, aunque uno de los servicios entre los cinco investigados mantenga el requisito del documento, además de la autorización judicial), pero eso no significa que la pesquisa pericial por la verdad haya desaparecido. Si no todos los servicios utilizan la jerga “nexo causal” o “relación causal”, la expectativa de que la ocurrencia de la violación pueda y deba ser periciado por las fechas y exámenes es común a todos los profesionales encuestados.

No exploramos a la genealogía de esa categoría pericial en los servicios, incluso porque la memoria de las prácticas es continuamente reavivada por el pasaje de profesionales residentes y en pocos servicios había profesionales desde el período de la fundación. Si, de un lado, puede ser resquicio de la disputa de los años 90 por en la edición de la primera norma técnica del MS, de otro, puede ser una expansión para el ámbito investigativo moral de prácticas de rutina médica para la decisión sobre los métodos de aborto a se utilizar.

Muchos profesionales justificaron la tesis del nexo causal en términos estrictamente técnicos para la investigación del tamaño del feto y, consecuentemente, para la elección del método de expulsión: *“... la ecografía es importante, hay que saber el tiempo de la gestación, porque dependiendo de la edad de la gestación la forma de interrupción es distinta...”*. La última versión de la norma técnica Prevención y Tratamiento de los Agravios Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes dice que *determinar la edad gestacional es importante para la elección del método de abortamiento y para establecer la concordancia entre la edad gestacional*

y el período de la violencia sexual¹⁰, o sea, es posible leer las recomendaciones como prescripciones técnicas para la determinación del método a adoptarse, aunque el concepto de “concordancia” permita lecturas inspiradas en la tesis del “nexo causal”. Sería la concordancia que anticiparía el método, pero también garantizaría la verdad de la narrativa de la mujer sobre la violación.

Pero hay otro nivel de justificativa moral para el teste del “nexo causal” – él forma parte del régimen de pruebas de que el servicio se mantiene en la línea de excepción al régimen punitivo al aborto, o sea, de que el equipo reconoce y respeta la frontera entre el servicio de referencia para el aborto legal y las clínicas clandestinas de aborto. Así, los registros en informes médicos del chequeo de fechas, exámenes y hechos para “confrontar el nexo causal” permiten que los equipos se protejan de continuas embestidas externas, descritas como judiciales: “porque, sabemos que no hay la exigencia de la constancia, pero que el Ministerio Público no quiere saber. Si usted indicó un aborto que no hubo nexo causal, el Ministerio Público responsabilizará al médico, no a la paciente que buscó al aborto legal...”. O sea, hay una superposición de regímenes periciales en marcha – de los equipos a las mujeres, del Poder Judicial a los equipos. Mujeres y equipos son continuamente interpelados por la moral de la excepción punitiva al aborto legal en Brasil.

Los testes de veridicción aplicados a la mujer son compartidos por los miembros de los equipos, aunque se reconozca la soberanía de la decisión médica. Asistentes sociales y psicólogos son los primeros a reconstruir la historia de la ocurrencia de la violencia, recuperando fechas, personajes y hechos. La misma narrativa debe ser reproducida por la mujer para diferentes profesionales, pues de ella depende su aceptación como víctima. Así, la mujer es interpelada por diferentes profesionales, en diferentes ocasiones – la repetición del ritual de la confesión verifica las dos dimensiones para la verdad de la violación: la ocurrencia de la violencia y su subjetividad como víctima.

La secuencia de interpelaciones por los testes de veridicción se expresa con variaciones locales. Uno de los profesionales resumió, de esa manera, cómo funciona en su servicio:

“...la mujer pasa por la psicología, por la asistente social, a veces, incluso, anticipamos el ultrasonido con el médico, y si hay duda realizamos el beta [examen de sangre]. Normalmente ella tiene atraso menstrual pequeño, no sabe si está embarazada o

no, y a través del ultrasonido verificamos el efecto causal, conversamos, vemos si la fecha de la violencia está de acuerdo con la edad de la gestación, entonces, esa es nuestra rutina... y desde ahí es que vamos a escuchar a la mujer y entonces llegar a un consenso...”.

El consenso no sólo comprueba el nexo causal como distribuye entre el equipo la producción de la verdad para la calificación de la mujer como víctima. En el caso de ese servicio, antes del consenso, la mujer debe dirigirse a una comisaría de policía y hacer constancia, para entonces solicitar una autorización judicial. El consenso, así, es una categoría policial, judicial y biomédica.

Pero ser víctima de violación, o sea, comprobar la ocurrencia de la violencia, no es suficiente para garantizar a la mujer el derecho al aborto legal: es necesario todavía asegurar que la gestación haya sido resultado de la violación narrada. En las palabras de un profesional, “hay muchos casos que nosotros desechamos... ella sufrió la violencia, pero ya era una mujer sexualmente activa y por la edad gestacional y la fecha de la violencia no ser compatibles, fueron encaminadas al seguimiento prenatal...”. En ese momento de producción de la verdad de la violación, no es más a la mujer que se interpela sobre su estatuto de víctima, pero a aquella gestación y a la figura masculina como autor de la violencia.

Ese régimen de sospecha es particularmente puesto en marcha para las mujeres en régimen de conyugalidad heterosexual o para aquellas descritas como “liberales” por uno de los profesionales: “Cuando es adolescente, cuando la paciente tiene algún estilo, lleva un tatuaje, piercing o tiene alguna cuestión, así, no sé, un paradigma más liberal, yo creo que complica más la situación”. “Complicar la situación”, en términos periciales, significa ampliar los testes de veridicción sobre la ocurrencia de la violencia.

Como toda práctica colectiva, hay fisuras en su actualización, incluso con posiciones de rechazo y extrañamiento. Otro profesional del mismo servicio del profesional que indicó mayor alerta a la narrativa de las “mujeres con paradigma más liberal” ironizó ese régimen de veridicción: “La mujer necesita llegar con una historia convincente que se encaja en el prejuicio de las personas”. El territorio da escena de la violación es uno de los moduladores para el teste de la verdad – si la violación fue sangriento, mayores son las posibilidades de la mujer hablar la verdad¹⁴; pero, si “ella llega diciendo que la violencia ocurrió dentro de casa, las personas tienen dificultad de

comprender que la violencia sexual ocurre de forma conyugal". La casa es relativizada de acuerdo con el estatuto civil de la mujer – si es casada, la violación es sospechosa; si es hija y niña, la violación mueve prácticas de compasión y facilita la construcción del lugar de la mujer como víctima. La compasión es otro modulador activo de las prácticas periciales y de los regímenes de construcción de la verdad de la violación. Para animarla, la subjetividad de la víctima entra en la escena para la identificación final de la verdad de la violación.

La subjetividad de la víctima

El nexo causal garantiza que la gestación fue resultado de la violación – pero ese es sólo el primer teste de la verdad, aquel en que la tecnología médica actúa como prueba pericial. El ultrasonido es el examen de sangre son registros periciales de los resultados de la aprobación de la mujer en los testes del nexo causal. Pero es necesario todavía que la mujer se comporte como víctima. Uno de los profesionales, al contestar la soberanía del teste del nexo causal para la verdad de la violación, así describió el sentido del "comportamiento" como un modulador de la verdad:

"...tendría algo en el comportamiento de la mujer que no era coherente con una situación de violación, que no sería el hecho de contar una historia confusa, porque esa confusión era normal, que en situación de trauma eso pasa, que tampoco es la diferencia entre la fecha de la última menstruación y la fecha de la violencia, porque no toda mujer se acuerda cuando menstruó, sino que sería algo en el comportamiento de la mujer, es la forma de contar la violencia que lleva al equipo percibir que ella estaría mintiendo..."

El profesional hizo hincapié en que casos de mujeres que mienten, o sea, que se presentan fuera del comportamiento de víctima, serían raros; aun así, tanto se usó la categoría del trauma para proteger a las mujeres que fallaron en el teste del nexo causal cuanto demostró creer ser la ausencia del trauma lo que levantaría sospechas sobre el estatuto de la víctima. Pues es exactamente de la ambigüedad de la categoría del trauma que la subjetividad de la víctima es averiguada.

El *trauma* como categoría moral para la efectivización de derechos sociales ha sido analizado por Didier Fassin¹⁵⁻¹⁷. En su entender, el trauma no es simplemente la consecuencia de experiencias insoportables, que no se logran negociar, también es un

recurso que puede ser utilizado para garantizar un derecho¹⁵. El trauma es, en sí mismo, un testimonio de lo que ocurrió al cuerpo, y es por medio de él que la mujer puede ser legitimada como víctima.

El sufrimiento convertido en trauma pasa a ser posible, pasa a ser visible y a existir para quien lo verifica, constituyendo elemento fundamental para la caracterización de la subjetividad de la víctima¹⁶. El lenguaje del trauma, por lo tanto, favorece la creación de una subjetividad específica – el comportamiento de la víctima es lo que permitiría reconstruir la factualidad del terror de la violencia, teniendo en cuenta que el cuerpo de la mujer violada muchas veces alcanza los servicios de salud sin las marcas de la violación.

La historia de una niña de 11 años contada por uno de los profesionales demuestra las tensiones entre determinaciones legales – presunción de violencia para menores de 14 años, según el Código Penal¹ – y prácticas de veridicción por la verdad de la violación:

"...lo que me marcó mucho fue una niña de 11 años embarazada que estaba embarazada y el profesional de salud de guardia y de la otra guardia en el fin de semana no realizaron el aborto porque la niña no había sido agredida físicamente en el acto sexual, entonces no era violación. El personal de la guardia, dos guardias seguidas, se negó a hacer porque creía que a ella le había gustado, la niña era traviesa..."

El profesional usó de una retórica de ejemplificación común en las entrevistas: los casos más tensos para el *ethos* de la excepción punitiva fueron narrados como el de otras guardias, otros profesionales, como historias compartidas de los servicios, sin las identidades de sus agentes.

El trauma es una categoría psíquica para la mensuración del sufrimiento y para el cuidado de la mujer víctima de violencia¹⁷. Sin embargo, aquí exploramos su dimensión moral para la construcción de la verdad de la violación y, consecuentemente, para el pasaje de la mujer a la condición de víctima. El trauma obstruye la experiencia. Al centrarse en la categoría trauma y en sus respuestas en el cuerpo y en la subjetividad, la soberanía del testimonio, o, en las palabras de los documentos normativos, la narrativa de la mujer perdería legitimidad. No importaría más el evento sufrido, sino el trauma.

La verdad del evento sale del escenario para que la subjetividad de la víctima aparezca. En ese sentido, la historia narrada depende de la mujer ser reconocida como víctima por el equipo. En esas ten-

siones y mismo contradicciones, Fassin y Rechtman demarcan las operaciones morales del trauma, en que se reinventan buenas y malas víctimas y se define quien es o no legitimado para tener el *status* de víctima, independientemente de los hechos narrados¹⁷.

Aunque para aquellos profesionales que parten del trauma como una categoría psíquica nosológica para el cuidado en la salud mental, se desplaza la causalidad de la violencia para la moralidad del aborto como delito contra la vida, o sea, se actualiza la soberanía del régimen de excepción punitivo: *“Era un sufrimiento que no parecía sufrimiento. ¿Por qué esas mujeres, por más que ellas no deseen la gestación y quieran interrumpir, ellas sufren con eso, no? Por qué vas a interrumpir una vida. Entonces la mayoría está fragilizada...”*. O sea, la tipicidad del sufrimiento se expresaría incluso por el reconocimiento de la mujer de que el aborto es una excepción moral – la fragilización de la víctima no es reconocida sólo como resultado de la violencia sufrida, pero por el gesto de desafiar el orden moral punitivo que clasifica el aborto como un delito contra la vida.

Incluso en los servicios en que la retórica de los derechos es más clara, la doble dimensión investigativa de la verdad de la violación – ocurrencia de la violencia y subjetividad de la víctima – orienta la fase de acogimiento de la mujer por los equipos de salud. Es como una figura detentora de la verdad que la mujer es inquirida por los equipos – y no inmediatamente como una víctima detentora de un derecho. Su sufrimiento mueve la compasión, pero también acciona tácticas de saber para la investigación de la verdad. La mujer se transformará en víctima si aprobada en los testes de veridicción a que se someterá. Una explicación para ese régimen investigativo es el carácter de excepción de la ley punitiva: incluso aquellos que reconocen el derecho al aborto se sienten presionados, por el estigma impuesto a los servicios, por la amenaza persecutoria y por la moral hegemónica del aborto como un acto violador, a actualizar tácticas y prácticas periciales.

Consideraciones finales

Se han recolectados datos en cinco servicios de referencia en aborto legal en Brasil para conocer cómo se construye la verdad de la violación para que la mujer que se presenta como víctima de violencia sexual tenga acceso al aborto legal. Excep-

to por uno de los servicios, hay homogeneidad de prácticas y discursos de sospecha. A diferencia de lo que determinan las normas técnicas del Ministerio de Salud, la verdad de la violación para el acceso al aborto legal no se resume a una narrativa íntima y con presunción de veracidad, sino es una construcción moral y discursiva producida por la sumisión de la mujer a los regímenes periciales de los servicios.

A pesar de algunas diferencias específicas entre los servicios, se puede afirmar que casi todos funcionan bajo un régimen constante de sospecha a la narrativa de la mujer sobre la violación. Ese régimen se expresa por el *ethos* de excepción a la ley penal y por el miedo que los profesionales tienen que ser engañados. La palabra de la mujer, en ese sentido, se colocada bajo sospecha y no es suficiente para el acceso al servicio de aborto. La mujer necesitará pasar por los testes de veridicción de los equipos de salud para que tenga su derecho legitimado y sea reconocida como víctima. Para ello, tendrá que contar una historia que presente relación de causalidad entre la ocurrencia de la violación y el embarazo y, además de eso, necesitará presentar rasgos subjetivos que la caractericen como víctima.

La búsqueda por una subjetividad específica de víctima hace que la soberanía del testimonio de la mujer, o sea, su palabra, pierda la legitimidad. Es por medio de la interrogación de su cuerpo – sus gestos, sentidos, placeres –, y no sólo de su historia, que la mujer será reconocida como *verdadera* víctima. El hecho de la palabra de la mujer no basta y de ella tener que pasar por los testes de veridicción de los servicios de salud acaba por privarla de la soberanía por la verdad.

Es, por lo tanto, en esa relación entre el cuerpo de las mujeres y los mecanismos de poder que lo investigan, aquí representados por los saberes médicos y psicosociales, que el engranaje de los servicios se pautan. El poder pericial es exigido de los equipos, no por ausencia de la necesidad de presentación de documentos policiales y autorización judicial – incluso cuando la mujer presenta tales documentos, ella todavía es interpelada para la producción de la verdad –, pero por una economía moral en marcha y por el régimen de excepción de la ley penal al aborto. Como guardianes de la ley y de la moral y responsables de la decisión sobre el derecho al aborto – los servicios de aborto legal – se sienten cobrados a vigilar no sólo los cuerpos de las mujeres, pero también sus propios regímenes de funcionamiento y sus prácticas de asistencia.

Estudio realizado en el ámbito de la Anis – Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género y financiado por el Safe Abortion Action Fund de la International Planned Parenthood Federation.

Referencias

1. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União. 31 dez. 1940 (acesso 24 abr. 2014). Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
2. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. O Tribunal julgou procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II, todos do Código Penal. Diário da Justiça Eletrônico. 12 mar. 2012 (acesso 2 maio 2014);(78). Disponível: <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>
3. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):471-5.
4. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei: relatório final. Femina. 1996;25:1-8.
5. Talib R, Citele MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005. (Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir, nº 13).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 4).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 6).
9. Colás O, Aquino NMR, Mattar R. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(9):443-5.
10. Faúndes A, Duarte GA, Osís MJ, Andalaft-Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(4):192-9.
11. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: NAU; 2002.
12. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1997.
13. Instituto Antônio Houaiss. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Ed. eletrônica. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
14. Segato RL. Las estructuras elementales de la violencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2003.
15. Fassin D, D'Halluin E. The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. Am Anthropol. 2005;107(4):597-608.
16. Fassin D. The humanitarian politics of testimony: subjectification through trauma in the israeli-palestinian conflict. Cultural Anthropol. 2008;23(3):531-58.
17. Fassin D, Rechtman R. The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood. New Jersey: Princeton University Press; 2009.

Participación de los autores

Todas las autoras participaron igualmente de las fases de concepción, recolección de datos, redacción y revisión del artículo.



Recibido: 13.5.2014

Revisado: 14.6.2014

Aprobado: 27.6.2014