

As seqüelas psíquicas do aborto!

por Paulo Faitanin – UFF.



Embrião

1. Questão: a ignorância acerca do que se deve saber, mas não se sabe, cultiva a maldade nos corações dos homens; ela é muitas vezes manifesta em discursos; a verdade se torna inaudível aos ouvidos dos que também desconhece o que deveriam conhecer; nada nos parece mais importante saber senão que a *vida* é o maior bem que alguém possui; tudo o que atenta contra esta verdade deve ser veementemente combatido, inclusive com informações que despertem para a consciência desta verdade; o tema do *aborto* tão presente nos meios de comunicação apresenta muitas dimensões de análise: jurídica, médica, política, teológica, filosófica e moral; parece-nos que a moral é a base de todas, porque a partir desta perspectiva todas as demais são propostas; contudo, esta dimensão tem sido especialmente esquecida nos debates; de fato, a dimensão médica, da visão equivocada do aborto como questão de saúde pública, tem sido bastante explorada; não se nega aqui que haja este debate, mas critica-se não considerar sua dimensão moral; pretende-se aqui analisar alguns efeitos pós-aborto que incidem diretamente sobre a questão médica, da saúde; já que as autoridades competentes alegam tratar-se o aborto como uma questão de saúde pública, que saibam, pois, alguns dos efeitos para a saúde psíquica das mulheres – por eles não ‘lembrados’ – decorrentes da prática do aborto; além das conseqüências psicológicas, as físicas causam especial tormento nas mulheres que são acometidas por tal prática; sobre estas conseqüências vejam o resumo das principais em: Bettencourt, E. OSB “Os riscos de abortar”, *Pergunte & Responderemos*, n. 544 (2007), pp. 461-463; além da interrupção da vida do ser humano concebido, a mulher é profundamente atingida em sua dignidade, porque após a promoção do seu ‘direito’ de decidir, acabam muitas vezes, sós e sem acompanhamento devido em suas decisões, mesmo nos países em que tal prática é legalizada; nesta nota trataremos apenas de algumas seqüelas psíquicas decorrentes do pós-aborto naquelas mulheres em que foram feitos acompanhamentos nos países onde tal prática foi legalizada; três são as nossas fontes: o texto encontrado em <http://www.aciprensa.com/aborto/afectosp.htm> em <http://www.afterabortion.org> e a seguinte obra: Strahan, Th. W. *Detrimental Effects of Abortion: an annotated bibliography with commentary*. Springfield: Acorn Books an imprint of Elliot Institute, 2001 esp. pp. 24-136.

2. Uma evidência: É consenso a exigência de acompanhamento psicológico para as mulheres que cometem aborto. Os transtornos aparecem muito rapidamente e predominam após 8 semanas do aborto: 44 % se queixam de transtornos nervosos, 36 % padecem alterações do sono, 31 % arrependiam-se pela decisão e 11 % tomavam remédios psicotrópicos prescritos por seus médicos [Ashton, “They Psychosocial Outcome of Induced Abortion”, *British Journal of Ob&Gyn.*, 87 (1980), pp. 1115-1122].

É uma evidência o estudo que atesta que 25% das mulheres que abortaram visitavam seus psiquiatras [Badgley, et.alii., *Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law*. Ottawa: Supply and Services, 1977, pp.313-321] e que tais mulheres têm uma maior probabilidade de terem de recorrer a tratamento psiquiátricos, especialmente entre as adolescentes, mulheres separadas ou divorciadas e aquelas em cuja história clínica já figura mais de um aborto [Somers, R. “Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion: An Analysis on National Record Linkage”, *Dissertation Abstracts International, Public Health* 2621-B, Order No. 7926066 (1979); David, H. et alii, “Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions”, *Family Planning Perspectives*, n. 13 (1981), pp. 88-91].

Muitas mulheres, após o aborto, como mecanismo psicológico de defesa, passam um longo período sem recorrer a algum tratamento psiquiátrico. Funciona como uma auto-repressão, cuja angústia nasce do não reconhecimento do aborto cometido [Kent, et alii, “Bereavement in Post-Abortive Women: A Clinical Report”, *World Journal of Psychosynthesis* (Autumn-Winter 1981), vol.13,nos.3-4].

3. Principais seqüelas psíquicas

as: Muitas mulheres apresentam estresse pós-traumático, após o aborto; as características são: angústia, medo, impotência, desequilíbrio e se intensificam ainda mais se o trauma leva consigo lesão física, violação sexual e morte violenta [Catherine Barnard, *The Long-Term Psychological Effects of Abortion*, Portsmouth, N.H.: Institute for Pregnancy Loss, 1990].

O abalo emocional gera um comportamento anormal, cujo medo de reviver a referida experiência é o mais preocupante [Herman, *Trauma and Recovery*, New York: Basic Books, 1992, p.34]; o processo de interiorização do aborto é traumático porque viola, muitas vezes, o efetivo desejo da mulher, tendo em conta que são às vezes coagidas por namorados, noivos, maridos, médicos, sociedade a ter de fazê-lo. Mesmo no caso em que o aborto seja consequência

de abuso sexual e seja enquanto tal amparado por lei, não se elimina na mulher a possibilidade de trauma: por quê? É o que se denomina sentimento de *culpa*, que não é facilmente evitável nestes casos [Francke, *The Ambivalence of Abortion*. New York: Random House, 1978, pp. 84-95].

O sentimento de culpa encontra-se presente em todos os casos, seja de modo consciente ou não. Quando não consciente reveste-se com outras roupagens, muitas das vezes, não compreendido pela mulher ou identificado como consequência de algum outro fator. E alguns estudos comprovam que mulheres cujas histórias clínicas apontam alguma violência sexual, depois da prática do aborto, elas sentem mais efetivamente tais sintomas [Zakus, “Adolescent Abortion Option”, *Social Work in Health Care*, 12 (4), (1987), p. 87; Makhorn, “Sexual Assault & Pregnancy”, *New Perspectives on Human Abortion*, Mall & Watts, eds., Washington, D.C.: University Publications of America, 1981]. Basicamente são três os sintomas:

3.1. *Hiper-exitação*: trata-se de respostas sobressaltadas, ataques de ansiedade, irritabilidade, explosões de ira ou raiva, conduta agressiva, dificuldade para concentrar-se, hiper-vigilância, dificuldade para conciliar o sono ou manter-se acordada, ou reações fisiológicas diante de situações que simbolizem ou se assemelham a algum aspecto da experiência traumática, ocorrendo a aceleração do pulso, sudorese durante um exame pélvico, ou na hora em que escuta o som de uma bomba pneumática;

3.2. *Intrusão*: que consiste em reviver o fato traumático involuntária e inesperadamente, seguido de pensamentos recorrentes e intrusivos sobre o aborto ou sobre a criança abortada, *flashbacks* da experiência abortiva, pesadelos sobre o aborto ou sobre a criança, ou mesmo reações de intenso pesar ou depressão na data de aniversário da gravidez ou do aborto;

3.3. *Constricção*: que consiste em paralisar os recursos emocionais ou desenvolver padrões de conduta, de forma a evitar os estímulos associados ao trauma, em que se perfila numa conduta evasiva, tentando evitar ou negar as sensações negativas acerca de pessoas, lugares, ou coisas que agravam os sentimentos negativos associados ao trauma, com especial incremento na perda do sentimento de amor ou ternura, mesmo carinho. Adquire-se uma visão do futuro com tensão, sem planos concretos para desenvolver uma carreira, casar-se, ter filhos e criá-los, estabilidade nos relacionamentos, viver muito tempo, caracterizando-se um abrupto interesse por bebidas, drogas, com certa tendência ao pensamento suicida e autodestrutivo. A experiência clínica demonstrou que as mulheres que menos costumam cooperar numa

investigação pós-aborto são as que o aborto causou maior angústia psicológica [Adler, “Sample Attrition in Studies of Psycho-social Sequelae of Abortion: How great a problem”, *Journal of Social Issues*, n. 35 (1979), pp. 100-110]. O fato é que levam muitos anos para que a mulher associe todos estes sintomas ao trauma do aborto [Speckhard, “Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern”, *Journal of Social Issues*, n. 48(3), pp. :95-119].

4. Muitas são as conseqüências psico-somáticas do estresse pós-traumático:

a) *disfunção sexual* é característica, como ausência de prazer nas relações, dor, aversão ao sexo ou aos homens de um modo geral, ou desenvolvimento de uma forma de vida promíscua [Speckhard, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987; and Belsey, et alii, “Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King's Termination Study - IV”, *Soc. Sci. & Med.*, n. 11 (1977), pp. 71-82];

b) *tentativas de suicídio* em mais de uma ocasião, inclusive a taxa percentual de suicídios dentro do ano posterior à prática do aborto é três vezes mais alta do que a taxa geral feminina, sete vezes mais elevada do que para as mulheres que levaram a cabo até o fim sua gravidez e quase o dobro do caso de mulheres que sofreram aborto natural [Speckhard, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987; Gissler, Hemminki & Lonnqvist, “Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study”, *British Journal of Medicine*, n. 313 (1996), pp. 1431-4; Haignere, C. et alii, “HIV/ AIDS Prevention and Multiple Risk Behaviors of Gay Male and Runaway Adolescents”, *Sixth International Conference on AIDS*: San Francisco, June 1990; Campbell, N. et alii, “Abortion in Adolescence”, *Adolescence*, 23 (92) (1988), pp. 813-823; Vaughan, H. *Canonical Variates of Post-Abortion Syndrome*, Portsmouth, NH: Institute for Pregnancy Loss, 1991; Garfinkel, B. “Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota”, *Responding to High Risk Youth*, Minnesota Extension Service, University of Minnesota (1986);

c) *hábito de fumar* adquirido ou reforçado, com sérias dificuldades de abandono [Harlap, “Characteristics of Pregnant Women Reporting Previous Induced Abortions”, *Bulletin World Health Organization*, 52 (1975), p. 149; N. Meirik, “Outcome of First Delivery After 2nd Trimester Two Stage Induced Abortion: A Controlled Cohort Study”, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia* 63(1), (1984)pp. 45-50; Levin, et al., “Association of Induced Abortion with Subsequent Pregnancy Loss”, *JAMA*, 243:2495-2499, June 27, 1980; Obel, “Pregnancy Complications Following Legally Induced Abortion:

An Analysis of the Population with Special Reference to Prematurity”, *Danish Medical Bulletin*, 26 (1979), pp. 192-199; Martin, “An Overview: Maternal Nicotine and Caffeine Consumption and Offspring Outcome”, *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 4(4),(1982) pp. 421-427];

d) *abuso do álcool*, seguido de condutas violentas, separações, divórcio, acidente de trânsito e desemprego [Klassen, “Sexual Experience and Drinking Among Women in a U.S. National Survey”, *Archives of Sexual Behavior*, 15(5):363-39; M. Plant, *Women, Drinking and Pregnancy*, Tavistock Pub, London (1985); Kuzma & Kissinger, “Patterns of Alcohol and Cigarette Use in Pregnancy”, *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 3 (1981), pp.211-221; Morrissey, et al., “Stressful Life Events and Alcohol Problems Among Women Seen at a Detoxification Center”, *Journal of Studies on Alcohol*, 39(9), (1978), p.1159];

e) *uso de drogas e a contração de infecções* pelo vírus da AIDS ou outras DST, bem como alteração de conduta, tornando-se mais agressiva [Oro, et al., “Perinatal Cocaine and Methamphetamine Exposure Maternal and Neo-Natal Correlates”, *J. Pediatrics*, 111:571- 578 (1978); D.A. Frank, et al., “Cocaine Use During Pregnancy Prevalence and Correlates”, *Pediatrics*, 82(6):888 (1988); H. Amaro, et al., “Drug Use Among Adolescent Mothers: Profile of Risk”, *Pediatrics* 84:144-150, (1989)];

f) *desordens alimentares*, como comer compulsivamente, bulimia e anorexia [Speckhard, *Psycho-social Stress Following A bortion*, Sheed & Ward, Kansas City: MO, 1987; J. Spaulding, et al, “Psychoses Following Therapeutic Abortion”, *A m. J. of Psychiatry* 125(3):364 (1978); R.K. McAll, et al., “Ritual Mourning in Anorexia Nervosa”, *The Lancet*, August 16, 1980, p. 368];

g) *abandono ou descuido dos filhos* é também uma reconhecida consequência do estresse traumático pós-aborto e muito freqüente em situações em que a mulher já era mãe antes do aborto [Benedict, et alii, “Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse”, *Child Abuse and Neglect*, 9:217-224 (1985); P.G. Ney, “Relationship between Abortion and Child Abuse”, *Canadian Journal of Psychiatry*, 24:610-620, 1979; Reardon, *Aborted Women - Silent No More* (Chicago: Loyola University Press, 1987), 129-30, descreve o caso de uma mulher que golpeou seu filho de três anos até matá-lo, pouco depois de haver praticado um aborto que lhe desencadeou um “episódio psicótico” de aflição, culpa e ira injustificada];

h) *divórcio e os problemas crônicos de relação* presentes em mulheres que abortaram, permeando o relacionamento com desconfiança pelos homens, sentimento de relação não duradoura [Shepard, et al., “Contraceptive Practice and Repeat Induced Abortion: An Epidemiological Investigation”, *J. Biosocial Science*, 11:289-302 (1979); M. Bracken, “First and Repeated Abortions: A Study of Decision-Making and Delay”, *J. Biosocial Science*, 7:473-491 (1975); S. Henshaw, “The Characteristics and Prior Contraceptive Use of U.S. Abortion Patients”, *Family Planning Perspectives*, 20(4):158-168 (1988); D. Sherman, et al., “The Abortion Experience in Private Practice”, *Women and Loss: Psychobiological Perspectives*, ed. W.F. Finn, et al., (New York: Praeger Publ. 1985), pp98-107; E.M. Belsey, et al., “Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King's Termination Study - IV”, *Social Science and Medicine*, 11:71- 82 (1977); E. Freeman, et al., “Emotional Distress Patterns Among Women Having First or Repeat Abortions”, *Obstetrics and Gynecology*, 55(5):630-636 (1980); C. Berger, et al., “Repeat Abortion: Is it a Problem?”, *Family Planning Perspectives* 16(2):70-75 (1984)];

i) *repetição de abortos* por ocasião da baixa estima, a falta da virtude correspondente que afronte à impulsividade do hábito, seja por um consciente ou inconsciente desejo de levar a cabo àquela situação [Joyce, “The Social and Economic Correlates of Pregnancy Resolution Among Adolescents in New York by Race and Ethnicity: A Multivariate Analysis”, *A m. J. of Public Health*, 78(6):626-631 (1988); C. Tietze, “Repeat Abortions - Why More?”, *Family Planning Perspectives* 10(5):286-288, (1978)]; aproximadamente 45 % de todos os abortos são agora abortos de repetição, com o risco de cair num padrão [Leach, “The Repeat Abortion Patient”, *Family Planning Perspectives*, 9(1):37-39 (1977); S. Fischer, “Reflection on Repeated Abortions: The meanings and motivations”, *Journal of Social Work Practice* 2(2):70-87 (1986); B. Howe, et al., “Repeat Abortion, Blaming the Victims”, *A m. J. of Public Health*, 69(12):1242-1246, (1979)].