

## Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal

Rape-related pregnancy in Brazil: the experience of women seeking legal abortion

Embarazo tras actos de violencia sexual: experiencias de mujeres en búsqueda de la interrupción legal

Carolina Leme Machado <sup>1</sup>  
 Arlete Maria dos Santos Fernandes <sup>2</sup>  
 Maria José Duarte Osis <sup>3</sup>  
 Maria Yolanda Makuch <sup>3</sup>

### Abstract

*In Brazil, abortion is permitted by law in cases of rape-related pregnancy. This study reports on various aspects in the experience of women that have been sexually assaulted: diagnosis of the pregnancy, seeking legal abortion, and hospitalization in a university hospital. This was a qualitative study that interviewed ten women 18 to 38 years of age, with at least eight years of schooling, one to five years after legal abortion. The women had been previously unaware of their right to a legal abortion, were ashamed about the sexual assault, kept it secret, and had not sought immediate care. The diagnosis of pregnancy provoked anxiety and the wish to undergo an abortion. Women treated through private health plans received either insufficient orientation or none at all. Respectful treatment by the healthcare staff proved relevant for the women to cope with the abortion. The study highlights the need to publicize the right to abortion in cases of rape-related pregnancy and the healthcare services that perform legal abortion, in addition to training healthcare and law enforcement teams to handle such cases.*

*Induced Abortion; Legal Abortion; Sexual Violence; Rape*

### Resumo

*No Brasil, a realização de interrupção legal de gestação consequente à violência sexual é permitida por lei. O objetivo deste estudo foi relatar vivências de mulheres após a violência sexual, no diagnóstico de gravidez, na busca pelo serviço de interrupção legal da gestação e durante a internação em um hospital universitário. Foi realizada pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas em dez mulheres de 18-38 anos e escolaridade  $\geq$  8 anos, após 1-5 anos da interrupção legal da gestação. As mulheres desconheciam o direito à interrupção legal da gestação, sentiram a violência sexual como experiência vergonhosa, mantiveram segredo e não procuraram qualquer atendimento imediato. O diagnóstico de gravidez provocou sentimentos de angústia e desejo de abortar. Para as mulheres que procuraram o setor de saúde suplementar as orientações foram precárias ou não aconteceram. O atendimento dos profissionais mostrou-se relevante para assimilação da experiência do aborto. É necessário divulgar o direito à interrupção legal da gestação e a existência de serviços que a realizam, e capacitar profissionais de saúde e segurança pública para atender esses casos.*

*Aborto Induzido; Aborto Legal; Violência Sexual; Estupro*

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

<sup>3</sup> Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, Campinas, Brasil.

#### Correspondência

C. L. Machado  
 Rua Hermantino Coelho 1000,  
 apto. 73, bloco 2, Campinas,  
 SP 13087-500, Brasil.  
 carolinamachado@gmail.com

## Introdução

A violência sexual é problemática de saúde pública global e suas principais vítimas são as mulheres<sup>1</sup>. Mulheres que sofrem violência sexual estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatizações, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas<sup>2,3,4</sup>; além de estarem expostas a contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a terem gravidez indesejada.

Desde 1998, o Ministério da Saúde do Brasil padronizou o atendimento multidisciplinar para as vítimas de violência sexual por meio de Norma Técnica<sup>5</sup>. O atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência, tem por objetivo acolhimento e administração de anticoncepção de emergência e a profilaxia para as DST, doenças virais e bacterianas. A maior parte das mulheres que recorre aos serviços de saúde para atendimento de emergência nas primeiras horas após a violência não engravida, dada a alta taxa de eficácia da anticoncepção de emergência<sup>6</sup>. Entretanto, para as falhas da anticoncepção de emergência e para mulheres que não procuram o atendimento emergencial, a gestação indesejada pode ocorrer.

A Norma Técnica também prevê atendimento às mulheres que solicitam interrupção legal da gestação nos casos de gravidez decorrente de estupro, situação prevista no *Código Penal Brasileiro* desde 1940 ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.html)). Em 2012, levantamento do Instituto Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, encontrou 63 hospitais e clínicas no território nacional que referiram oferecer o programa de abortamento previsto em lei<sup>7</sup>. Entretanto, na prática, os hospitais que efetivamente dispensavam esse atendimento eram em menor número e tinham o acesso dificultado por diversos motivos, entre eles a falta de informação das próprias mulheres e dos provedores de saúde sobre os direitos da mulher à interrupção legal pelo motivo de violência sexual<sup>8,9</sup>. Um estudo que buscou traçar o perfil dos serviços públicos de atendimento à violência sexual descreveu que, dos estabelecimentos que declararam realizar a interrupção legal por motivo de estupro, apenas 5,6% haviam efetivamente realizado pelo menos um procedimento ao longo dos 10-14 meses que antecederam a pesquisa<sup>10</sup>.

Portanto, as mulheres que engravidam após violência sexual podem ter grande dificuldade para obter a interrupção legal da gestação. Para que as políticas públicas dirigidas às mulheres, de fato, alcancem seu objetivo, é preciso conhecer e identificar os pontos nos quais o acesso ao

direito legal de interrupção da gestação deve ser aprimorado. O objetivo deste estudo foi conhecer as vivências de mulheres após a violência sexual, no diagnóstico da gravidez, na busca por serviço de interrupção legal e durante a internação em um hospital universitário.

## Metodologia

O estudo foi qualitativo, realizado com base no referencial metodológico da *Grounded Theory*<sup>11</sup>, por entender que isto possibilitaria identificar e categorizar os aspectos relevantes da experiência vivenciada pelas mulheres que buscaram atendimento para interrupção legal em serviço de referência. Para a coleta dos dados foram feitas entrevistas semiestruturadas, utilizando roteiro próprio após processo de aculturação<sup>12</sup>, realizado por meio de uma entrevista com uma mulher que havia realizado interrupção legal no mesmo serviço em que foram selecionadas as participantes do estudo. Após, o roteiro foi ajustado com a inserção de três novas questões, e a entrevista de aculturação não foi utilizada na pesquisa. Dada a homogeneidade da amostra, foi usado o critério de saturação de informação para a determinação do tamanho amostral<sup>13</sup>.

A pesquisa foi realizada no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), localizado na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. O Hospital da Mulher mantém serviço de atendimento de emergência após violência sexual e interrupção legal da gestação por motivo de violência sexual desde 1994, seguindo os procedimentos da Norma Técnica do Ministério da Saúde<sup>5</sup>. O trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (com registro 767/2009), foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídas mulheres com idade  $\geq 18$  anos, que solicitaram e realizaram a interrupção legal da gestação decorrente de violência sexual há pelo menos 12 meses. Excluiu-se as mulheres com deficiência cognitiva e/ou com antecedentes psiquiátricos graves. Foram revisados 66 prontuários de mulheres que solicitaram interrupção legal no período de 2006 a 2011, das quais 37 haviam realizado a interrupção legal e, dentre elas, 28 preenchiam os critérios de inclusão na pesquisa; nove mulheres eram menores ou tinham diagnósticos psiquiátricos prévios. Após

tentativas de contato telefônico foram localizadas 17 mulheres, das quais 14 aceitaram participar do estudo. As entrevistas foram realizadas com 10 mulheres, número suficiente para atingir a saturação amostral.

No serviço de referência do Hospital da Mulher da Unicamp, a equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros, psicólogos, assistente social, médicos ginecologistas e psiquiatra. Nos casos de solicitação de interrupção legal, a mulher é entrevistada por todos os especialistas que compõem a equipe, e são orientadas a optar pelo direito que desejam exercer: direito à interrupção legal, direito ao acompanhamento de pré-natal com equipe multidisciplinar no serviço e direito a deixar a criança para adoção após o parto.

Depois da decisão da mulher pela interrupção legal, é realizada uma reunião entre os profissionais da equipe, o chefe da enfermagem e o diretor clínico do hospital ou seu representante, e são avaliadas as condições de aplicabilidade legal e de idade gestacional, situação psicossocial e física da mulher, sendo que a resposta à solicitação depende de consenso da equipe. A solicitação de interrupção pode ser aceita ou negada, sendo a negativa devido à idade gestacional avançada (superior a 20 semanas) ou discrepância da idade da gestação em relação à data do evento. A mulher é informada da decisão por um dos membros da equipe multidisciplinar.

As entrevistas duraram em média 60 minutos e foram realizadas em local escolhido pela entrevistada, em geral, em sua própria residência ou em local externo (clínica privada), foram gravadas, transcritas na íntegra e os respectivos textos foram inseridos no programa The Ethnograph,

versão 6.0 (Qualis Research; <http://www.qualisresearch.com/>), para a análise.

Todas as entrevistas, transcrições e categorização dos dados foram feitas pela mesma pesquisadora, após discussões e releituras das demais pesquisadoras. Foram identificadas categorias de análise relacionadas aos objetivos do trabalho, e baseando-se nelas foi realizada análise de conteúdo temático<sup>14</sup>. Neste artigo são apresentados os resultados das categorias de análise referentes às vivências das mulheres em relação à busca de ajuda após violência sexual, o diagnóstico da gravidez, conhecimento sobre os direitos ao atendimento de emergência e à interrupção legal, experiência emocional após a descoberta da gravidez, decisão de solicitar a interrupção, procura de ajuda institucional e as informações e orientações até a chegada ao serviço de referência. Ainda, foram analisadas as respostas das mulheres sobre a avaliação do atendimento no serviço de referência por meio de questões sobre sentimentos despertados durante a internação e no retorno ao serviço para revisão do procedimento.

As participantes foram identificadas por nomes fictícios. Suas principais características socioeconômicas estão descritas na Tabela 1.

## Resultados

A idade das mulheres no momento da interrupção legal variou de 18 a 38 anos. Apenas uma mulher não havia concluído o Ensino Médio, cinco delas estavam solteiras, duas tinham companheiros estáveis e três estavam separadas. Oito mulheres haviam sido vítimas de violência

Tabela 1

Características socioeconômicas e ano da interrupção legal da gestação das entrevistadas.

Participante	Ano da interrupção	Idade gestacional (semanas)	Idade atual (anos)	Escolaridade (anos)	Estado marital	Estudo	Trabalho	Renda (salário mínimo atual)
Raissa	2008	14	32	> 8	Solteira	Não	Sim	3
Tábata	2008	15	18	> 8	Companheiro	Não	Sim	1
Laís	2008	12	19	> 8	Solteira	Sim	Sim	2
Solange	2007	14	38	> 8	Companheiro	Não	Sim	6
Rosa	2010	13	26	< 8	Solteira	Não	Sim	1
Manuela	2010	10	30	> 8	Separada	Não	Não	Desempregada
Ana	2010	13	37	> 8	Separada	Não	Sim	Desempregada
Kátia	2011	8	30	> 8	Separada	Não	Sim	2,5
Bárbara	2011	19	23	> 8	Solteira	Não	Sim	2
Mônica	2011	8	32	> 8	Solteira	Sim	Sim	3

sexual urbana por agressor desconhecido e duas conheciam o agressor; em ambos os casos eram ex-namorados. A idade gestacional na época da interrupção variou de 8-19 semanas. Das dez mulheres, nove estavam empregadas antes do procedimento. O tempo decorrido desde a interrupção legal até o momento da entrevista variou de 1-5 anos.

Em seguida, estão descritos os resultados observados, segundo as respectivas categorias de análise.

#### Procura por ajuda e diagnóstico da gravidez

As mulheres referiram que a experiência da violência sexual foi muito impactante e comprometeu sua capacidade de buscar qualquer forma de ajuda. O principal desejo após vivenciar a violência sexual foi o de não divulgar a situação sofrida e, com isto, fazer com que o evento fosse esquecido. Apenas uma das entrevistadas procurou a rede privada de saúde imediatamente após a violência sexual, motivada por danos físicos graves, e houve necessidade de internação hospitalar. Entretanto, durante a internação não foram administradas profilaxias para DST e/ou gravidez. Todas as demais participantes não procuraram qualquer ajuda institucional nas áreas de saúde, jurídica ou de assistência social. Todas referiram desconhecer a existência de programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual, não sabiam da importância das medidas de emergência, bem como do direito legal à interrupção de gestação. A busca de ajuda aconteceu apenas após a descoberta da gravidez, sendo que a gestação apareceu como fator denunciante da violência sexual.

*“E o mais difícil mesmo foi porque eu não queria contar para ninguém, a gente fica com muita vergonha. É estranho o sentimento. A gente fica com muita vergonha, a gente não quer contar. A gente quer resolver, e se não tivesse acontecido a gravidez ninguém tinha sabido”* (Mônica).

A busca por ajuda médica foi motivada, em geral, por sintomas físicos que despertaram a suspeita de gravidez, como o atraso menstrual, tonturas e enjoos. Três mulheres recorreram a testes de farmácia antes de procurarem atendimento médico, todas as outras estavam em serviços médicos públicos ou privados no momento do diagnóstico da gravidez, que foi informada na maior parte das vezes por médicos.

A gravidez apareceu como uma situação inimaginável e inesperada dentre as consequências possíveis da violência sexual. Muitas mulheres descreveram o momento dessa descoberta como um dos mais marcantes de todo o processo, despertando sentimentos de desespero e angústia.

*“Senti um... não tem nem como explicar. É terrível. Na hora passa mil e uma coisas na cabeça. E assim, eu agradeço a Deus por ter conseguido ajuda, porque se eu não tivesse conseguido eu não sei do que seria capaz. Porque na hora mesmo eu fiquei sem chão, fiquei sem rumo, fiquei completamente desestabilizada”* (Rosa).

*“O resultado de que estava grávida, quando o meu médico falou ‘você está grávida’ eu não fui para ouvir isso, eu não estava preparada para ouvir isso. Eu não imaginava... isso me marcou muito”* (Manuela).

Para todas as entrevistadas a primeira ideia sobre o aborto apareceu imediatamente após a descoberta da gravidez. Na impossibilidade de lidar com a continuidade da gestação, as mulheres passaram a pensar na interrupção como única saída para retomarem as suas vidas. Embora desconhecessem o direito legal à interrupção da gestação por motivo de violência sexual no país, os relatos mostraram que a sensação das mulheres naquele momento foi de que fariam “o que fosse preciso” para conseguir a interrupção.

*“...É engraçado que a gente pensa um monte de besteira. Se fala que não pode eu não sei o que eu faria, eu não sei o que eu ia fazer, mas eu ia fazer alguma coisa, sabe? Comprar remédio pela internet, de ir para São Paulo fazer aborto ilegal, essas coisas todas. Tudo isso passava, tudo isso passava pela minha cabeça”* (Mônica).

*“...Eu queria ir embora para poder procurar uma coisa clandestina. Então na hora que eu soube eu falei: eu tenho que parar com isso [referindo-se à gestação]”* (Bárbara).

#### Orientações e encaminhamento para a interrupção legal no serviço de referência

Para confirmar o diagnóstico de gravidez, três mulheres procuraram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de seus bairros, uma procurou o hospital público, duas foram a hospitais privados e apenas uma mulher procurou diretamente o serviço de referência para a interrupção legal. As quatro mulheres que procuraram a rede pública de atendimento para o diagnóstico de gravidez, UBS ou hospitais, receberam alguma orientação a respeito de como proceder e foram encaminhadas ao serviço de referência. Em dois casos, a assistente social da UBS contactou o serviço de referência e realizou encaminhamento; e em outros dois, o médico encaminhou ou orientou sobre a existência do serviço. Uma mulher foi encaminhada depois do atendimento pelo médico do setor privado, sendo que este também trabalhava no serviço de referência.

A chegada ao serviço de referência foi mais penosa para quatro mulheres; três que descobri-

ram a gravidez de forma solitária por meio dos testes de farmácia e uma mulher que foi atendida na rede privada de saúde. Elas dependeram de buscar informações em outras fontes, como a internet, e/ou de serem ajudadas por profissionais de saúde que já as acompanhavam anteriormente à ocorrência da violência sexual e que se disponibilizaram a buscar e fornecer informações, também por intermédio de busca na internet. Uma mulher referiu ter sido orientada a procurar o serviço de referência por uma funcionária que trabalhava em sua casa.

*“...Procurei a rede particular, para conversar, explicar a situação e saber se podia fazer. Mas eles não conversavam e não sabiam... nem atendia. Eles não atendiam, a secretária falava ‘olha, passei para o Doutor e a gente não trabalha com esse caso’. Então eles não atendiam mesmo, não faziam nada nem para conversar, não atendiam”* (Mônica).

Apenas uma das mulheres procurou a delegacia como fonte de ajuda após o diagnóstico de gravidez e registrou boletim de ocorrência. Entretanto, os profissionais da delegacia, localizada em cidade da Região Metropolitana de Campinas, não encaminharam a mulher ao serviço de referência e mostraram desconhecimento a respeito dos procedimentos legais nos casos de gestações decorrentes de violência sexual, informando-a sobre a necessidade de solicitar a um juiz a expedição de um alvará para autorizar a realização da interrupção da gestação.

*“Não, ninguém sabia. Ninguém sabia o que eu poderia fazer, muito pelo contrário, eles iam entrar com um processo pedindo para a juíza a liberação, contando o caso, justificando. Demorava dois ou três meses para sair o retorno do juiz. Dois ou três meses para sair retorno de juiz, já aconteceu tudo, né? Ninguém indicou vocês aqui. Ninguém indicou”* (Mônica).

### **Sentimentos e experiências no serviço de referência**

A chegada ao serviço de referência para atendimento a vítimas de violência e a descoberta da possibilidade de interrupção da gestação desencadearam sensações de conforto e alívio. Saber da existência do direito legal ao aborto e encontrar um local de acolhimento nessa situação foram fatores essenciais para a maioria das mulheres que, no geral, sentiram que o atendimento recebido foi adequado e disseram que recomendariam o serviço a outras mulheres na mesma situação.

O processo de entrevistas com os vários componentes da equipe multiprofissional foi bastante citado pelas mulheres como desgastante, embora todas tenham expressado compreender a

importância desta avaliação. O tempo de espera pelo parecer da equipe multidisciplinar foi marcado por ansiedade e medo da solicitação de interrupção legal ser negada. Os relatos mostraram que as experiências emocionais no momento da resposta positiva para o procedimento foram de expectativa e alívio.

*“Um alívio, eu me senti, realizada claro que não, mas eu me senti aliviada”* (Solange).

*“Nossa.... foi um peso que tirou das minhas costas, foi como se eu tivesse trancada num lugar sem ar e de repente abrisse uma janela e eu conseguisse respirar. Isso foi ... quando foi falado que foi positiva a resposta eu respirei, eu respirei”* (Ana).

As mulheres destacaram com maior frequência os aspectos positivos do que os negativos do atendimento; entre os aspectos positivos estiveram o acolhimento, o fato de terem sido ouvidas e apoiadas. A atitude não condenatória da equipe, tanto em relação à violência sexual como em relação ao aborto, e a capacidade de compreender que a mulher foi vítima e não culpada ou causadora da violência foram as atitudes de acolhimento relatadas como mais benéficas para as mulheres.

*“Eu tive um atendimento adequado. As enfermeiras foram atenciosas, sempre educadas. E às vezes eu tinha dúvidas, eu perguntava e elas respondiam... não tenho do que reclamar”* (Rosa).

*“Eu achei bom. Porque foi, foram eles que me acolheram [sic], é, assim, eu achei que foram eles que me ajudaram muito, porque eu não tinha com quem conversar e eu achei que eu fosse ser tratada mal, mas eu não fui não. Eles me trataram super bem, parecia que era uma, eram várias mães cuidando de mim. Eu senti que neles eu tinha o que eu não ia ter da minha mãe”* (Tábata).

Em relação ao atendimento recebido no serviço, duas mulheres relataram experiências negativas e os sentimentos em relação a isto foram muito ressaltados. O componente que mais trouxe prejuízo emocional para ambas foi terem percebido um comportamento que expressava reprovação ao aborto por parte de alguns profissionais. As duas mulheres descreveram momentos em que foram abordadas por pessoas, direta ou indiretamente ligadas ao serviço, que manifestaram opiniões pessoais contrárias ao aborto e de cunho religioso, resultando em sentimentos de confusão e culpa, e causando a sensação de que estavam sendo julgadas.

*“Cada vez que eu precisava falar o que eu estava sentindo fisicamente ‘minha pressão está alta ou qualquer coisa assim’ ele [médico residente] não queria me ouvir, e ele falava... eu dizia ‘nossa, já passou vários dias’ e ele falava: ‘Olha, o que você está fazendo nem é normal para nenhum ser humano fazer’. Então ele falava coisas para mim”*

*de religião até, coisas muito sérias. Então, assim, eu passei um trauma muito grande, muito grande. Porque aí foi que eu comecei a pensar que eu estava realmente fazendo alguma coisa errada, mas ao mesmo tempo que eu pensava, bastava ele sair do quarto que eu já... era só ele que me fazia pensar isso”* (Kátia).

Embora o desejo pela interrupção legal tenha sido expresso claramente no momento da solicitação do procedimento por todas as mulheres entrevistadas, algumas relataram vivências ambivalentes no momento da resposta positiva – felicidade e alívio por terem conseguido a aprovação para a realização da interrupção da gestação e, em contrapartida, o mal-estar pela escolha que estavam fazendo.

*“Naquele momento que falou que tinha sido aprovado eu cheguei a pensar assim que eu não ia conseguir. Mas depois, pensei, já estava decidido que era a melhor solução”* (Rosa).

*“Eu me sentia mal pelo que estava fazendo e aliviada por fazer, as duas coisas”* (Laís).

Somente quatro mulheres retornaram para revisão após o procedimento, e apenas duas completaram o acompanhamento ambulatorial até a alta dada pela equipe multidisciplinar. Seis mulheres referiram que retornar significaria ter de falar no assunto e que sentiam dificuldade de ir novamente ao serviço, já que isso as faria reviver as experiências da interrupção legal e da violência sexual.

*“Eles marcaram, mas eu não quis voltar. Porque eu não queria mais falar... eu achei que sozinha eu ia conseguir lidar bem com isso”* (Laís).

*“Não, eu não consigo entrar lá. Sabe, eu me sinto muito mal. Aquele corredor, aquelas escadinhas que eu ficava andando para ver se passava a dor e se ia mais rápido, voltar lá é uma coisa muito nublada na minha cabeça, eu não consigo imaginar”* (Bárbara).

## Discussão

Os resultados encontrados neste trabalho mostraram que a experiência da gravidez decorrente de violência sexual e da interrupção legal é complexa e produz marcas persistentes na vida das mulheres. A atitude delas de não procurar ajuda imediatamente após o abuso deve-se, principalmente, ao comprometimento emocional causado pelo trauma da violência sexual, ao desejo de escondê-la e à falta de informação sobre a disponibilidade de serviços específicos para atender mulheres nesta situação. As vivências do momento do diagnóstico da gravidez evidenciaram claramente a falta de informações sobre o direito à interrupção legal.

A violência sexual é amplamente apontada como condição traumática para a vida das mulheres, sendo precursora de sintomas de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, aumento do uso de substâncias, disfunções sexuais e dores crônicas, entre outros<sup>3</sup>. Dessa forma, as atitudes das mulheres de silenciarem sobre o que lhes ocorrera e a não procura de ajuda podem estar ligadas a estados emocionais comprometidos por conta da violência sexual. Além disso, o padrão das relações de gênero em nossa sociedade tende a responsabilizar a mulher que sofre violência sexual como provocadora/culpada desta situação, em vista de algum comportamento ou atitude classificada como imprópria<sup>15</sup>.

Ao mesmo tempo, o desconhecimento a respeito da existência do serviço de referência para atendimento às mulheres que sofrem violência sexual foi outro motivo da dificuldade em buscar ajuda logo após o acontecido. Elas declararam não saber da importância das medidas de emergência, bem como do direito à interrupção legal da gestação. O contexto e as situações que envolvem as mulheres que sofrem violência sexual e engravidam levam-nas, portanto, a se exporem a graves riscos para a sua saúde física e mental. As mulheres relataram tentativas de solucionar a gestação indesejada sem ajuda médica e até procurar por um aborto clandestino, independentemente de suas condições financeiras, mostrando atitude de desespero e de desconhecimento acerca do direito à interrupção legal e da existência de serviços de referência para atendê-las. Isso é contraditório em relação às políticas públicas que tratam dessa questão, já tem sido apontado por outros autores<sup>16,17</sup> e requer ações de divulgação para que as mulheres saibam que devem e onde podem procurar ajuda imediata se sofrerem violência sexual.

Por outro lado, os resultados também permitiram verificar a sintonia da rede pública de saúde do município com a política pública de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, normatizada desde 1998<sup>5,18</sup>, pois quando as mulheres finalmente recorreram a um serviço público (UBS ou hospital), o encaminhamento foi realizado corretamente ao serviço de referência. Ao contrário, quando a busca de ajuda foi iniciada nos serviços privados de saúde ou nas delegacias, o acesso à informação foi precário.

Em relação a isso, deve-se levar em conta que o Município de Campinas é diferenciado em relação à divulgação de informação e treinamento no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, pois conta com o programa Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual (<http://www.campinas.sp.gov.br/saude>),

lançado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em parceria com o Ministério da Saúde, trabalhando com uma rede de cuidados intersetoriais, incluindo saúde, educação, assistência social, segurança pública e a sociedade civil organizada, visando ao acolhimento mais humanizado às vítimas e à assistência à saúde, que recebeu em 2005 o prêmio de destaque no Ciclo de Premiação de Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas em São Paulo.

No entanto, essa não é a realidade da maioria dos municípios brasileiros. Estudos têm mostrado a persistência do desconhecimento da legislação brasileira em relação ao aborto<sup>19</sup> entre os profissionais de saúde, situação que propicia o surgimento de posturas inadequadas diante das mulheres e que dificultam o acesso à interrupção legal. Infelizmente, situação semelhante também é verificada, não raramente, nas Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres (DEAM), que ainda apresentam muitas limitações para atender, de maneira adequada, as mulheres que sofrem violência sexual<sup>20</sup>.

Aparentemente, existem resistências sociais e políticas implícitas na questão do trato da violência contra a mulher e do aborto e na implantação e adequação dos serviços de atendimento. O aborto é um tema polêmico e enfrenta barreiras religiosas, políticas e de conflitos éticos e provavelmente a implantação de atendimento adequado esbarra nestas questões<sup>21,22</sup>.

Os resultados deste trabalho mostraram que, apesar do aborto ter sido sentido pelas mulheres como a melhor solução para as suas vidas, também foi momento de ambivalência, vivenciado de maneira dolorosa e que demandou elaboração emocional para se tornar mais aceitável pelas próprias mulheres, experiências estas que também foram relatadas em outros estudos realizados com abortamento induzido<sup>23,24</sup>.

A ambivalência dessa decisão está provavelmente bastante influenciada pela ideia de maternidade, tal como é concebida em nosso contexto social – da “predestinação” da mulher ao papel de mãe. Essa ideia está apoiada numa construção que mescla os valores atribuídos à sexualidade e à reprodução, e reflete as mesmas crenças que orientam as relações de gênero e os valores atribuídos a cada sexo<sup>25</sup>. Essas concepções sociais podem pesar na decisão das mulheres pelo aborto, mesmo dentro de situações previstas em lei.

A ambivalência também é uma questão da equipe que trabalha com esse tipo de atendimento, que fica dividida entre a promoção do direito da mulher e as concepções morais e religiosas<sup>26</sup>. Estudos com profissionais da saúde que atuam em serviços de interrupção da gestação mostra-

ram que em muitas situações o profissional sente-se despreparado emocional e tecnicamente para lidar com estes casos<sup>27,28</sup>.

O aborto é uma questão que exige elaboração emocional e não é um evento que passa despercebido para as mulheres. Relembrar a violência sexual e a interrupção legal foi difícil para as mulheres, mesmo depois de decorridos 1-5 anos. A maioria delas acreditava que não falar traria o esquecimento, que pareceu ser o grande desejo das mulheres que sofreram violência sexual. É possível que esse mecanismo possa justificar a alta taxa de ausência aos retornos agendados para revisão no serviço de referência.

Esconder a violência sexual teria sido a opção adotada por todas as mulheres desta amostra, caso não tivessem engravidado. A vergonha e o medo de serem julgadas e culpabilizadas pela violência sofrida apareceram no discurso como impeditivos para a revelação desta experiência. A literatura existente sobre a questão do aborto contempla em seu escopo o fato de que em países como o Brasil, cujas leis são restritivas e nos quais o contexto social é prioritariamente desfavorável ao aborto, o estigma sobre as mulheres que abortam tende a ser maior, aumentando a tendência ao silêncio a respeito desta experiência pelo medo da desaprovação<sup>29,30</sup>.

É preciso que os profissionais que atendem às mulheres antes e após a interrupção legal estejam atentos e preparados para o acolhimento e apoio. Posturas de não aceitação ou julgamento mostraram ser prejudiciais ao enfrentamento emocional da situação do aborto. Atentar para comportamentos e ações que possam ser interpretadas como preconceito ou acusação nesse contexto é responsabilidade dos órgãos gestores das instituições de saúde. Estudos anteriores mostraram que há necessidade de promover a inclusão do tema da violência e do aborto nos currículos dos profissionais, e de oferecer capacitação para aqueles que trabalham com essas questões em seu cotidiano<sup>16,31</sup>.

Os resultados deste estudo mostraram que o amparo necessário para as mulheres que necessitam da interrupção legal por motivo de violência sexual depende da informação de diferentes profissionais e da sociedade em geral com relação às políticas públicas. Além disso, os profissionais procurados por mulheres na situação de gestação decorrente de violência sexual, da área da saúde ou da segurança pública, necessitam refletir a respeito da impessoalidade do problema e da garantia aos direitos humanos. As atitudes dos profissionais de saúde durante o cuidado certamente poderão tornar a vivência do aborto menos sofrida, traumática e permanente para as mulheres.

## Resumen

*En Brasil, la interrupción legal del embarazo, como consecuencia de actos de violencia sexual, está permitido por la ley. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de mujeres tras actos de violencia sexual, el diagnóstico de su embarazo, su búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo y su internamiento en un hospital universitario. La investigación cualitativa se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas con 10 mujeres de 18-38 años, más de 8 años de escolaridad, tras 1-5 años de la interrupción legal del embarazo. Las mujeres no eran conscientes de su derecho a la interrupción legal del embarazo, sintieron la experiencia de sus violaciones como algo vergonzoso, las mantuvieron en secreto y no buscaron ninguna atención inmediata. El diagnóstico de embarazo les causó sentimientos de angustia y deseo de abortar. Para las mujeres que buscaron atención adicional de salud la información recibida era pobre o no se produjo. La asistencia de profesionales resultó relevante para asimilar la experiencia del aborto. Es necesario promover el derecho a la interrupción legal del embarazo y la existencia de servicios que lo realicen.*

*Aborto Induzido; Aborto Legal; Violencia Sexual; Violación*

## Colaboradores

C. L. Machado e A. M. S. Fernandes foram responsáveis pela concepção do projeto e redação do artigo. M. J. D. Osis e M. Y. Makuch participaram na análise e interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Todas as autoras aprovaram a versão final e são responsáveis pelo conteúdo intelectual, integridade e exatidão dos resultados.

## Agradecimentos

À FAPESP, pelo financiamento concedido ao trabalho (processo nº 2009/18226-0).

## Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27:27-37.
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1483-5.
5. Área Técnica da Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med* 2013; 40:126-30.
7. Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, organizador. Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal: perguntas e respostas. Brasília: LetrasLivres; 2012.
8. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:679-88.
9. Faúndes A, Simoneti RM, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10:6-18.
10. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina* 2012; 40:301-6.
11. Bowen GA. Grounded theory and sensitizing concepts. *Int J Qual Methods* 2006; 5:12-23.
12. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.



13. Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research* 2010; 11(3). <http://www.qualitative-research.net/>.
14. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
15. Cavalcanti LF, Gomes RF, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:31-9.
16. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:376-82.
17. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:465-9.
18. Área Técnica da Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
19. Cacique DB, Passini Junior R, Osís MJD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde Soc* 2013; 22:916-36.
20. Osís MJD, Pádua KS, Faúndes A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. *Enfrentamento da violência pela saúde. Boletim do Instituto de Saúde* 2013; 14:320-8.
21. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev Bioét* 2013; 21:494-508.
22. Anjos KF, Santos VC, Souza R, Eugênio BG. Aborto no Brasil: a busca por direitos. *Saúde e Pesquisa* 2013; 6:141-52.
23. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scan J Caring Sci* 2004; 18:160-8.
24. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health* 2011; 43:103-9.
25. Porto D. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. *Revista Redbioética/UNESCO* 2011; 2:55-66.
26. Soares GS. Profissionais de saúde frente a interrupção legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S399-406.
27. Farias RJ, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de interrupção legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1755-63.
28. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:1943-52.
29. Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. Stigma, abortion and disclosure: findings from a qualitative study. *J Sex Med* 2012; 9:3137-47.
30. Hosseini-Chavoshi M, Abbasi-Shavazi MJ, Glazebrook D, McDonald P. Social and psychological consequences of abortion in Iran. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118 Suppl 2:S172-7.
31. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc* 2011; 20:124-35.

---

Recebido em 31/Mar/2014

Versão final reapresentada em 17/Set/2014

Aprovado em 29/Set/2014