

Necesidades de salud de las mujeres víctimas de violencia sexual en busca del aborto legal*

Danyelle Leonette Araújo dos Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9820-5394>

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca²

 <https://orcid.org/0000-0001-9440-0870>

Destacados: **(1)** La búsqueda del aborto legal trajo consigo necesidades humanas en las mujeres. **(2)** Corresponsabilidad de los servicios de salud en la efectivización de los derechos reproductivos. **(3)** Es necesaria una atención basada en la comunicación horizontal, libre de juicios.

Objetivo: comprender las necesidades de salud que surgen en el camino que recorren las mujeres que han sufrido violencia sexual para realizarse un aborto legal. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, cuyo marco teórico fue el campo conceptual de la Salud Colectiva, basado en la concepción marxista de las necesidades. Participaron del estudio diez mujeres que solicitaron el aborto legal en un servicio de referencia ubicado en San Pablo. Para la recolección de datos se utilizó una guía para la entrevista semiestructurada. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido con la ayuda del software WebQDA. Las categorías analíticas utilizadas fueron necesidades de salud y género. **Resultados:** a pesar de que el aborto fue identificado como la principal necesidad, los datos revelaron que las mujeres tienen otras necesidades que se relacionan con el proceso salud-enfermedad principalmente la salud mental, el trabajo, la situación económica, el ejercicio de la maternidad, el acceso a la información, la autonomía, la sororidad y la acogida en los servicios de salud. **Conclusión:** las necesidades humanas son las que más se destacaron en el estudio, superando a las necesidades meramente biológicas. Los resultados señalan que es importante que exista corresponsabilidad entre los servicios de salud y las mujeres, para reducir la vulnerabilidad y lograr la efectivización de los derechos reproductivos.

Descriptor: Aborto Legal; Aborto Inducido; Violencia Sexual; Violencia contra la Mujer; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Género y Salud.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Secretaria Estadual de Saúde Pública, Natal, RN, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Santos DLA, Fonseca RMGS. Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3532. [Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5834.3532>

Introducción

La controversia en torno al derecho al aborto está ligada a aspectos éticos, morales, religiosos, sociales, de género y legales. Desde 1940, el Código Penal brasileño, en su artículo 128, permite la realización del aborto cuando existe riesgo de muerte para la mujer embarazada o cuando el embarazo es producto de una violación⁽¹⁾. En 2012, la justicia brasileña también despenalizó la interrupción de embarazos de fetos anencefálicos⁽²⁾.

A pesar de dichas excepciones legales, existen numerosos obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios que practican abortos en el país. En el caso de los embarazos producto de una violación, estos obstáculos se vuelven aún mayores debido a la combinación de estigmas atribuidos a la violencia sexual, la mujer y el aborto. Se sabe que el estigma del aborto se construye socialmente y promueve que se juzgue a las mujeres que optan por realizarlo, incluso en países donde no existen restricciones legales, este hecho está directamente relacionado con la transgresión de los roles que se les han asignado a las mujeres, dado que la maternidad es uno de los pilares⁽³⁻⁴⁾.

El estigma del aborto crea muchas barreras para el acceso de las mujeres a los servicios que practican el aborto legal, perpetuando el silenciamiento de información precisa sobre dicha práctica⁽⁵⁾. Las principales barreras son la disponibilidad y calidad de los servicios especializados, la accesibilidad, el desconocimiento sobre la legalidad del procedimiento y los lugares para su realización, cuestiones emocionales y culturales, así como también la actitud de los profesionales de la salud frente a la demanda⁽⁵⁻⁷⁾.

Un estudio brasileño que investigó la estructura y el funcionamiento de los hospitales responsables de la atención de mujeres que sufrieron violencia sexual mostró que, de las 68 instituciones que menciona el Ministerio de Salud, solo 37 practicaban abortos legales y, de estas, cuatro nunca lo hicieron. El estudio también comprobó que escaseaban los profesionales médicos disponibles para realizar el procedimiento y que algunas instituciones exigían el informe policial, la autorización judicial y el informe del Instituto Médico Legal, esto revela que hay una excesiva burocratización para ejercer el derecho al aborto⁽⁸⁾.

Dadas las dificultades y la burocratización por la que pasan las mujeres para ejercer el derecho al aborto, se supone que los obstáculos por los que atraviesan quienes han sufrido violencia sexual y acuden al aborto legal generan numerosas necesidades de salud. Se considera "necesidades de salud" no sólo la demanda del usuario por el servicio de salud, sino también la expresión de problemas social e históricamente determinados, que surgen de una estructura colectiva⁽⁹⁾.

Las necesidades de salud pueden clasificarse en visibles e invisibles, las primeras están relacionadas con el cuerpo biológico y se manifiestan a través de la queja, mientras que las segundas están vinculadas a aspectos que se alejan de lo biológico y demandan atención más allá de los servicios de salud. Las necesidades invisibles requieren que los profesionales de la salud tengan una visión aguda para poder identificarlas, dado que su detección y atención no forman parte de los protocolos clínicos preestablecidos⁽¹⁰⁾.

Se reconoce que la violencia desencadena necesidades particulares, generalmente invisibilizadas, que están directamente relacionadas con la construcción histórica de lo femenino en la sociedad y la vulnerabilidad a la que las mujeres están expuestas a lo largo de su vida. En el caso de las mujeres que han sufrido violencia sexual, se asume que las necesidades planteadas no sólo están vinculadas a la violencia sufrida y al embarazo resultante, sino también a las respuestas que ofrecen los servicios que integran la red para combatir la violencia contra las mujeres.

Por lo tanto, el presente estudio partió de la siguiente pregunta de investigación: ¿qué necesidades de salud se desencadenan durante el recorrido que realizan las mujeres que han sufrido violencia sexual desde que deciden practicarse un aborto legal hasta que se realiza? Para responder a esta pregunta, el estudio tuvo como objetivo comprender las necesidades de salud que surgen durante el camino que recorren las mujeres que han sufrido violencia sexual para realizarse un aborto legal.

Al responder la pregunta de investigación, se espera obtener elementos relevantes que contribuyan a la implementación y concretización de políticas públicas en los servicios que integran la Red de Atención a Mujeres en Situación de Violencia, fundamentalmente los disponibles para practicar el aborto legal.

Método

Tipo de estudio

Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, que adoptó como referencial teórico el campo conceptual de la Salud Colectiva, basado en la concepción marxista de las necesidades⁽¹¹⁾. De esta forma, se consideró la historicidad y el dinamismo al analizar los procesos individuales y colectivos, determinados por los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de la sociedad, que permiten comprender la realidad y sus contradicciones en las dimensiones estructural, particular y singular, que amplían la visión de cierto fenómeno⁽¹²⁾.

Lugar del estudio

El estudio fue desarrollado en un hospital de referencia en la atención de mujeres que sufrieron violencia sexual y en el aborto legal, ubicado en la ciudad de São Paulo, SP, Brasil.

Período

Los datos fueron recolectados durante un período de tres meses, entre julio y septiembre de 2018.

Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por mujeres que quedaron embarazadas como consecuencia de violencia sexual y que solicitaron un aborto legal.

Criterio de selección

Los criterios de inclusión fueron mujeres con 18 años o más, provenientes de municipios ubicados fuera de la Región Metropolitana de São Paulo o de otros estados brasileños. Se definió que las mujeres con diagnóstico previo de problemas psiquiátricos graves o con algún deterioro cognitivo serían excluidas de la investigación, sin embargo, cabe destacar que durante el período de recolección de datos no hubo casos de mujeres en estas condiciones.

La decisión de entrevistar a mujeres residentes fuera de la Región Metropolitana de São Paulo se basó en la idea de que las residentes de esta región enfrentarían menos obstáculos para acceder a un servicio donde pudieran solicitar y realizar un aborto previsto por la ley, dado que está mejor estructurada la organización de la red que lucha contra las situaciones de violencia en las mujeres y que hay una constante difusión en los medios de comunicación paulistas de las acciones que se desarrollan en la institución en la que se llevó a cabo la investigación.

Participantes

Participaron en el estudio diez mujeres que fueron seleccionadas intencionalmente y se cerró la muestra cuando hubo saturación de los datos.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, se utilizó una guía para la entrevista, compuesta por preguntas sociodemográficas, con el objetivo de caracterizar a los participantes, y por preguntas orientadoras que sirvieron de guía para comprender la realidad objetiva a partir de los discursos de las entrevistadas.

Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica de entrevista en profundidad. La invitación para que las mujeres participaran en la investigación se llevó a cabo después de que realizaran la consulta con la trabajadora social, cuando solicitaron el aborto legal. Cabe destacar que ninguna mujer invitada a participar en la investigación rechazó la invitación.

Todas las participantes fueron entrevistadas en dos momentos: al momento de solicitar el aborto y después de realizar el procedimiento o después de que decidieron no realizar el procedimiento. Las entrevistas se llevaron a cabo en una sala privada del servicio, fueron grabadas mediante una grabadora de voz digital y duraron entre 30 y 65 minutos. Después de la entrevista, se les preguntó a todas las participantes si deseaban escuchar su relato, para evaluarlo y cambiar o eliminar algo. Ninguna participante decidió aprovechar ese recurso.

Cabe agregar que los audios de las entrevistas fueron almacenados en una carpeta protegida con contraseña en la computadora personal de una de las investigadoras, quien fue la única responsable de la manipulación de esos datos. Asimismo, para garantizar el anonimato, las narraciones de las entrevistadas fueron identificadas con la letra E seguida de un número del 1 al 10, asignados aleatoriamente.

Durante todo el período de recolección de datos, la presencia constante de la investigadora en el servicio de referencia permitió la obtención de abundantes registros en el diario de campo que contribuyeron a comprender mejor la experiencia de las mujeres durante el proceso de solicitud del aborto y posterior hospitalización para la realización del procedimiento.

Procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos comenzó con la recopilación de datos y se llevó a cabo de forma continua. Por lo tanto, en cada entrevista, se destacaron temas relevantes para dilucidar el fenómeno, y se agruparon aquellos que presentaban similitud. Cuando se comprobó que no había elementos nuevos en el material, se consideró la saturación teórica de los datos.

Para el análisis de los datos, se siguieron los procedimientos propuestos por Bardin⁽¹³⁾, en busca del surgimiento de categorías empíricas, que fueron discutidas en función de las categorías analíticas necesidades de salud y género. Para realizar el análisis de datos se utilizó el *software* WebQDA porque permite codificar de forma estructurada e interconectada los datos de la investigación cualitativa, asegurando una mejor organización e interpretación de la información de forma más rápida y sistemática⁽¹⁴⁾.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con todos los preceptos éticos propuestos por la Resolución n.º 466, del 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud, obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, bajo el dictamen n.º 2.660.395, y del Comité de Ética del Centro de Referencia para la Salud de la Mujer del Estado de São Paulo, bajo el dictamen n.º 2.661.916. Cabe señalar que todas las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado luego de que se les informaron cuales eran los objetivos, beneficios y riesgos de la investigación.

Resultados

Cinco participantes del estudio tenían entre 20 y 29 años y las demás tenían entre 30 y 39 años. La mayoría se declaró blanca, tenía estudios superiores completos o en curso, alguna creencia religiosa, pero no practicaba una religión específica. Se desempeñaban en el mercado de trabajo formal e informal, tenían un ingreso familiar que oscilaba entre dos y cinco salarios mínimos*. En cuanto a la ciudad de origen, todas eran de la región sureste del país, seis residían en el interior del estado de São Paulo y las demás en Espírito Santo, Minas Gerais y Río de Janeiro.

En cuanto a los datos obstétricos, cinco participantes tenían al menos un hijo, mientras que las demás experimentaban su primer embarazo. La mayoría tenía una edad gestacional que oscilaba entre las 9 y las 13 semanas cuando solicitaron el aborto legal. Solo dos entrevistadas se encontraban en el segundo trimestre del embarazo, con una edad gestacional de 17 y 23 semanas, respectivamente.

El análisis de los discursos reveló que el embarazo era una extensión de la violencia sexual sufrida, llevando a las participantes a manifestar, principalmente, sus necesidades en la demanda del aborto. Aunque no se les preguntó directamente cuales eran las necesidades que tuvieron durante el proceso para la realización del aborto, se identificaron temas emergentes en los informes que permitieron el surgimiento de cuatro categorías empíricas.

En la primera categoría, *necesidades relacionadas al proceso salud-enfermedad de la mujer ante el embarazo no deseado*, se constató que la noticia del embarazo desencadenó el sufrimiento, lo que repercutió negativamente en el cuidado de la salud de las entrevistadas. La angustia por el desenlace del embarazo se manifestaba en forma de ansiedad, se trasladaba a las necesidades inherentes a la preservación de la vida, sobre todo al sueño y la alimentación. [...] *Básicamente me quedé*

en cama durante tres días [...] Como estaba muy ansiosa, no tenía nada de apetito. No podía dormir, no podía comer, cuando comía, comía demasiado y me sentía mal (E2). Estoy fumando el doble de los cigarrillos que fumaba. Llegué a fumar dos paquetes de cigarrillos por día. Ni siquiera duermo de las ganas que tengo de fumar. [...] Estoy despierta toda la noche, por momentos me quedo dormida [...]. Sufro. (E5).

Algunas entrevistadas manifestaron sus necesidades exclusivamente en el campo de la salud mental, enfatizando la importancia que tiene el apoyo psicológico profesional para enfrentar la violencia que sufrieron y el aborto. *De noche tengo crisis que me hacen llorar [...]. Me siento extremadamente deprimida, triste, perdida en la vida [...]. Sé que necesito ayuda (E3). Decidir esto es muy difícil. No sé qué consecuencias tendrá en mi vida [...]. Creo que tendré muchas consecuencias en lo moral, debido a la enseñanza religiosa (E4).*

La categoría empírica *necesidades relacionadas con los procesos de producción y reproducción social* reveló cómo la rutina de las entrevistadas se vio afectada al acudir a los servicios de salud ubicados en otras ciudades para realizar el aborto legal. La producción social, materializada en el trabajo remunerado, se presentó como un obstáculo, debido a la dificultad que tenían para ausentarse de las actividades laborales por un tiempo mayor al habitual, realidad que demuestra la fragilidad y precariedad de las relaciones laborales en el contexto del capitalismo. [...] *mi jefe me quería ver para hablar y tener una reunión esta semana y le dije que no podía, que iba a cuidar mi salud y que no podía decirle el motivo [...] él dijo que no podía tener una persona en el equipo que tenía un problema de salud [...]. (E3). Toda esta semana no voy a trabajar. [...] estoy preocupada, tengo miedo de perder mi trabajo [...] porque no trabajo con un contrato formal, tengo miedo de que me despidan. (E5).*

La dificultad financiera también representó un obstáculo importante para estas mujeres debido al gasto que les genera viajar y permanecer en otra ciudad. Ya sea por la ausencia de servicios de salud o por la escasez de profesionales que realizan abortos en sus ciudades de origen, los discursos revelaron que los servicios y profesionales de la salud no asumen su responsabilidad y les delegan toda la responsabilidad a las mujeres para enfrenten solas el problema. *Tuve que pedir prestado algo de dinero. Me endeudé bastante para venir aquí en busca de ayuda. (E3). Es muy complicado. Si hubiera un hospital allá, si tuviera apoyo en mi ciudad, no hubiera tenido que venir aquí a gastar dinero que no tengo. Tuve que pedirlo prestado para poder venir. ¡Es horrible! no debería ser así. (E8).*

En cuanto a la reproducción social, las participantes que declararon tener hijos mencionaron que el cuidado diario de la descendencia era una preocupación adicional en el proceso de búsqueda del aborto. Manifestaron que sentían culpa al saber que no estaban cumpliendo con el rol materno. *Yo dejé a mis hijos en mi ciudad con una vecina*

* Salario mínimo actual = R\$ 998,00, Brasil, 2019.

[...] nunca los dejé así, es la primera vez. (E7). Yo hasta me siento culpable porque tengo que cuidar a mi hijo también. Estamos haciendo estudios para saber si tiene autismo [...] necesito dedicarme a él y en esta situación no puedo. (E10).

La tercera categoría, *necesidades relacionadas con la autonomía y el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres*, mostró que, a pesar de los obstáculos, la experiencia de la violencia sexual y el embarazo no deseado superó todas las trabas que encontraron en el camino hacia el aborto. En ese contexto, se constató que las entrevistadas necesitaban contar con el apoyo familiar para fortalecerse y ser capaces de contradecir las normas sociales hegemónicas y tomar una posición activa en busca del aborto. Al mismo tiempo, llama la atención el aprecio que algunas mujeres tienen por el apoyo que reciben de los hombres de su contexto familiar. También hubo quienes optaron por no buscar apoyo familiar debido a dogmas religiosos, por ejemplo: *Si no tuviera a mi prima, no sé qué haría. Ella tiene una visión diferente, una mentalidad diferente. Su prometido tiene una mentalidad diferente. [...] Su prometido me repetía que nadie debía juzgarme por nada. Esto viniendo de un hombre, guau, me sentí más cómoda que cuando mi prima me apoyó. (E2). Mi familia es muy conservadora, se basa en el espiritismo [...]. No sé cómo contárselos [...], están totalmente en contra del aborto, incluso en caso de violación. Yo no sabía qué hacer. (E3).*

El acceso a la información también se destacó como una necesidad vinculada a la autonomía. En general, las encuestadas no sabían que podían realizarse un aborto legal cuando el embarazo era producto de una violación, y tomaron conocimiento de ese derecho recién cuando buscaron abortos clandestinos en internet. Algunas participantes reflexionaron sobre las dificultades que impone la estructura social para la efectivización de ese derecho en el campo reproductivo. *Fue recién cuando buscaba métodos ilegales en Internet que descubrí que ese [aborto] es un derecho de la mujer. (E10). Yo sé que por ley todo hospital tiene que hacerlo, pero no es así. [...] Porque Brasil es un país dominado por la religión. Así que los mismos médicos que deberían realizarlo [abortos] se niegan. [...] Es una situación difícil. (E8).*

La experiencia del aborto legal también sacó a la luz necesidades vinculadas a la empatía y la sororidad. En general, después del aborto, las entrevistadas relativizaron el potencial de desgaste experimentado por haber recibido apoyo familiar y, con ello, fortalecieron su autoestima y revelaron que deseaban, en el futuro, incentivar a otras mujeres a gozar de ese derecho. *Tenía muchas ganas de participar en una causa como esta [...], si en algún momento me siento cómoda hablando de lo que pasó. [...] Vivo en una ciudad que no es tan pequeña y este tema [del aborto] no se aborda. (E2). Soy muy afortunada. [...] No puedo imaginar lo difícil que debe ser sin apoyo. Cuando supere esto, quiero ayudar a otras chicas que pasan por esto. (E4).*

En la categoría *necesidades relacionadas con la acogida en los servicios de salud*, se detectaron deficiencias en la atención y revictimización de las mujeres por parte de los profesionales que las atendían, como se constata en los discursos, dado que revelan la exposición, vergüenza y demora en la atención de la demanda del aborto. Cabe señalar que las encuestadas que acudieron a más de un servicio en el camino estuvieron más expuestas a la violencia institucional. *Estaba cansada de explicar toda la situación. Cada vez que iba había un médico nuevo y tenía que explicar todo de nuevo. No tenía historia clínica. Siempre me atendía un médico diferente. Pasaba siempre por los mismos procedimientos, pero con diferentes médicos. (E4). Me estaban paseando, se iban pasando la pelota hasta que alguien lo solucionara. Eso es lo que sentí. (E10).*

Las mujeres que vivían en municipios más pequeños, ubicados en el interior de los estados, temían que se violara el secreto profesional y que la violencia sexual y el embarazo fueran de conocimiento público. El miedo a ser castigadas por su género y juzgadas por la comunidad hizo que no acudieran a los servicios de salud. *En mi ciudad, porque es tierra adentro, no sé, sobre todo cuando se trata de violación, la gente te juzga mucho. La gente tiene muchos prejuicios. Y si lo contara en el hospital, podría propagarse y yo tendría mala fama. (E3). Yo no quería que nadie supiera [...]. Por eso no fui al centro de salud a hacerme una prueba de embarazo. Porque si hubiera ido, mi madre se hubiera enterado. (E6).*

Algunas participantes manifestaron que los profesionales de la salud adoptaron posturas inquisitivas, dando como resultado una acogida precaria y reduciendo cualquier posibilidad de comunicación afectiva que permitiera una escucha calificada. *Cuando pregunté cómo se trataba a las víctimas de abuso embarazadas, la trabajadora social comenzó a hacerme preguntas [...], me estaba juzgando [...]. Yo creo que los que trabajan en el área de la salud no pueden pensar así. (E8).*

La llegada de las entrevistadas a un hospital donde finalmente fueron atendidas, le permitió a la mayoría recibir una atención integral y humanizada, basada en la escucha y resolución calificadas. Sin embargo, en algunos discursos, se destacó que la aprobación de la solicitud de aborto planteó nuevas necesidades vinculadas a la escasez de información que tenían sobre el procedimiento en sí. En estos casos, el enfoque basado en el lenguaje técnico hizo ineficaz la comunicación, creando nuevos vacíos en la acogida.

Por lo tanto, el acceso a la información surgió como una necesidad constante ligada al empoderamiento de las mujeres al reafirmar su autonomía como sujetos de derechos. *Tenía miedo. Nunca me habían operado. No sabía cómo era el procedimiento, así que me imaginaba un montón de bisturís. (E4). No sé cómo es. Entonces, me preocupa que no funcione hacer el procedimiento. (E9).*

Discusión

El análisis de los resultados reveló que la búsqueda del aborto legal es un camino lleno de obstáculos capaz de desencadenar numerosas necesidades de salud que se revelan como potenciales desgastes en el proceso salud-enfermedad de las mujeres. Las encuestadas manifestaron estas necesidades ocultas en la vulnerabilidad y, en ocasiones, fueron minimizadas por la urgencia de realizar la interrupción del embarazo.

Las necesidades de salud que sintieron y expresaron las participantes se vincularon principalmente a las necesidades humanas, revelando que superaron las necesidades de conservación de la vida, cuyo enfoque es meramente biológico⁽¹¹⁾. Si bien se mencionaron quejas biológicas, se cree que las mujeres intentaron manifestar necesidades más complejas desencadenadas por el contexto permeado de subjetividades.

Los resultados señalaron que hay que reconocer que las mujeres requieren asistencia psíquica especializada para enfrentar la violencia y el aborto. Estos datos reproducen la idea, difundida en el ámbito de los servicios de salud, de que la violencia es un fenómeno que se limita a la salud mental, ya que escapa al enfoque medicalizante, reforzando la dicotomía mente-cuerpo⁽¹⁵⁾. Por ende, la concepción de que tales fenómenos requieren, generalmente, la actuación de profesionales especializados puede crear obstáculos para que la atención y la articulación en red de los servicios sea integral.

La falta de servicios destinados a la atención de mujeres que han sufrido violencia sexual en las ciudades de donde provienen las entrevistadas surgió como un elemento desencadenante de necesidades. El hecho de que la mayor parte de este tipo de servicio esté ubicado predominantemente en las capitales de los estados brasileños, y que no existan en siete unidades federativas⁽⁸⁾, obliga a las mujeres a salir de sus ciudades en busca del ejercicio de sus derechos.

Se verificó que hay barreras geográficas para acceder a los servicios de aborto en varios países y están relacionadas con una baja disponibilidad de servicios y profesionales, especialmente en los países que tienen leyes restrictivas, que obligan a las mujeres a viajar largas distancias para interrumpir un embarazo. Estos viajes representan una carga, tornando más dolorosa la experiencia del aborto debido a los costos directos e indirectos de transporte, alojamiento, alimentación, inasistencia al trabajo y/o estudio y ajustes para asegurar el cuidado de los hijos⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Los resultados revelaron que las cargas logísticas desencadenaron necesidades relacionadas con la producción social, vinculadas al miedo a perder el trabajo y a la dificultad financiera. Se sabe que el trabajo

remunerado capacita a las mujeres para superar las desigualdades de género a través de la independencia económica, tiene una estrecha relación con la autonomía y libertad de la mujer en la toma de decisiones, tornándose, por ende, parte de las necesidades humanas^(11,15).

En cuanto a las necesidades relacionadas con la reproducción social, vinculadas a la maternidad, se observó una visión de género del cuidado del niño. Si bien las mujeres han conquistado espacios en la esfera pública, existe el temor de que la ampliación de roles lleve a fracasos en el ámbito privado, especialmente en la maternidad. El miedo a no poder desempeñar plenamente la maternidad desencadenó en las entrevistadas un sentimiento de culpa por temor a que sus elecciones influyeran negativamente en el bienestar de sus hijos. Esta realidad refuerza la estructura social en torno a los roles que juegan las mujeres en la sociedad y revela contradicciones cuando deben dividirse entre el cuidado de sus hijos y sus deseos personales⁽²⁰⁾.

Los obstáculos y conflictos emocionales que experimentaron las participantes demostraron que la estructura social ejerce una fuerte influencia sobre las necesidades de salud que tienen. No es casualidad, que las necesidades que hacían referencia a la autonomía y al ejercicio de la ciudadanía se manifestaron en el apoyo familiar y el acceso a la información, en los discursos se ve que son fundamentales para que tengan la fuerza necesaria para decidir practicarse el aborto. Cabe señalar que a algunas entrevistadas les sorprendió haber recibido el apoyo de los hombres de su contexto familiar, le atribuyeron importancia a la legitimación masculina de su elección. Al tomar en cuenta la dimensión estructural de la sociedad, se considera que el valor que le atribuyen al apoyo masculino refuerza la cultura androcéntrica y simboliza una suerte de autorización social de las elecciones femeninas en la sociedad patriarcal.

En cuanto a la dificultad para adquirir información sobre el aborto legal, algunas entrevistadas manifestaron sentimientos de sororidad al expresar deseaban utilizar sus experiencias en la búsqueda del aborto para incentivar la autonomía de otras mujeres que viven la misma situación. El término sororidad ha sido ampliamente publicitado en los medios de comunicación digitales y ha contribuido al fortalecimiento de las luchas feministas. Se considera una experiencia individual y colectiva que busca combatir la cultura patriarcal responsable de generar conflictos entre las mujeres, a fin de establecer relaciones solidarias que conduzcan al empoderamiento femenino⁽²¹⁾.

Las participantes también mencionaron necesidades relacionadas con la acogida basada en la escucha cualificada, el secreto profesional, el apoyo y la asistencia en la resolución de problemas. Los discursos expresaron frustración por la ausencia de una red de atención a las

víctimas de violencia en las diferentes ciudades de origen, la falta de estructura organizativa de los servicios y la actitud prejuiciosa de los profesionales de la salud. Esa desilusión reflejó las dificultades que tienen los servicios de salud para responder adecuadamente a este tipo de demanda, revelando el sesgo de género que subyace en las respuestas negativas que brindaron los diferentes servicios e indicando la resistencia que hay en estos espacios para abordar los fenómenos de la violencia y el aborto.

En el contexto de la atención a la mujer en situación de violencia, la actitud que adoptan los profesionales de la salud influye mucho en la atención que brindan. Por lo tanto, la acogida no debe circunscribirse a un mero diálogo, sino que presupone una atención integral, mediada por un conocimiento generalizado capaz de responder a las necesidades de estas mujeres. Por lo tanto, es fundamental que se utilicen instrumentos que permitan un abordaje específico, con calificación de la escucha y manifestación tácita de las necesidades en los servicios^(15,22).

En el presente estudio, se comprobó que a las participantes se les atribuía una posición de pasividad en el ámbito de la relación usuario profesional, lo que generó una acogida precaria, dado que se les privaba de información relevante que podría haber disminuido significativamente las necesidades que surgieron a lo largo del proceso. Por lo tanto, es evidente que hay obstáculos para que las mujeres vivan plenamente el protagonismo femenino en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, especialmente cuando se trata del aborto.

Inclusive, en lo que respecta a la acogida, las participantes manifestaron que necesitaban que la situación se mantuviera en secreto. Debido al estigma, gran parte de las mujeres que se somete a un aborto optan por mantenerlo en secreto por temor a ser juzgadas o a que se cuestione su deseo de interrumpir el embarazo^(16,18).

A pesar de que la confidencialidad es un derecho de los usuarios y un deber de los profesionales de la salud, los resultados mostraron que las mujeres de las ciudades más pequeñas temían que su privacidad fuera expuesta. El hecho de que sus redes sociales se entrelacen con las de los profesionales reforzó la idea de que no hay garantía de anonimato cuando se trata de fenómenos sociales moralmente controvertidos, como el aborto. En este contexto, es necesario reflexionar sobre cómo esta barrera puede influir directamente en el acceso de las mujeres al aborto legal y cómo muchas desisten renunciar a ese derecho, recurriendo a abortos clandestinos e inseguros, que ponen en riesgo su vida.

La combinación de barreras interpersonales y logísticas en la búsqueda del aborto legal revela que

es urgente repensar la red de atención a las mujeres en situación de violencia. Los autores destacan que es fundamental en ese proceso que se estructuren servicios que atiendan dicha demanda en lugares más alejados, que actúen de forma articulada con otros dispositivos sociales y estén integrados por un equipo multidisciplinario capaz de brindar asistencia segura y confidencial⁽¹⁷⁾.

La limitación de este estudio radica en que las entrevistas se realizaron en el servicio de salud donde se solicitó y realizó el aborto, lo que puede haber afectado, de alguna manera, los datos de acceso y acogida. Sin embargo, los resultados obtenidos contribuyen a ampliar el conocimiento en el campo de la Salud Pública sobre el fenómeno del aborto, ya que lo correlacionan con la violencia de género y discuten su interfase con las necesidades de salud. Esta integración posibilita una nueva mirada sobre el fenómeno en cuestión, contribuyendo a que se implementen políticas públicas dirigidas a combatir la violencia contra las mujeres.

Conclusión

Los obstáculos por los que atravesaron las participantes en el proceso de búsqueda del aborto legal provocaron necesidades de salud que no siempre fueron expresadas en el ámbito de los servicios de salud. En general, las mujeres revelaron necesidades humanas y, a pesar de que enfatizaron la dimensión singular, tenían una cierta comprensión de la influencia que ejerció la estructura social en los obstáculos que experimentaron a lo largo del proceso.

Los resultados demostraron que es fundamental que los servicios y profesionales de la salud sean corresponsables con las mujeres que procuran ejercer sus derechos reproductivos. Por lo tanto, es necesario que los encuentros establecidos en el ámbito de los servicios de salud se basen en una comunicación horizontal, libre del juicio y de la autoridad moral de los profesionales de la salud, y que sean las mujeres las verdaderas protagonistas de sus elecciones reproductivas.

Referencias

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. [Internet]. Diário Oficial da União, 31 dez. 1940 [cited 2021 Oct 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
2. Freitas LG. The STF decision on abortion of anencephalic fetus: a feminist discourse analysis. Alfa [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 08];62(1):11-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/alfa/a/StF9ygBFHgdgJ9Cs6YQMZ8J/?format=pdf&lang=en>

3. Kumar A, Hessinia L, Mitchell EMH. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex* [Internet]. 2009 [cited 2021 Oct 08];11(6):625-39. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691050902842741?journalCode=tchs20>
4. Cárdenas R, Labandera A, Baum SE, Chiribao F, Leus I, Avondet S, et al. "It's something that marks you": abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 08];15(1):150. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131825/>
5. Kavanaugh ML, Jerman J, Frohwirth L. "It's not something you talk about really": information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. *Contraception* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 08];100(1):79-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6589392/>
6. Makleff S, Wilkins R, Wachsmann H, Gupta D, Wachira M, Bunde W, et al. Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 08];27(3):1661753. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887901/>
7. Brack CE, Rochat RW, Bernal AO. "It's a Race Against the Clock": A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct. 08];43(4):173-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29990291>
8. Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil: a national study. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct. 08];21(2):563-72. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/?lang=en>
9. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JR, Santos L, editores. *Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 298-374.
10. Farão EMD, Penna CMM. The (in) visibility of health needs. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct. 08];18(2):e45180. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45180/751375139395>
11. Heller A. *Teoría de las necesidades en Marx*. 2ª ed. Barcelona: Península; 1986.
12. Egry EY, Fonseca RMGS, Apostólico MR, Cubas MR, Chaves MMN, Rehem T. O coletivo como objeto do cuidado de Enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: Costa AP, Sánchez-Gómez MC, Cilleros MVM, editores. *A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos*. Aveiro: Ludomedia; 2017. p.103-37.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Machado ALG, Vieira NFC. Use of webQDA software on qualitative nursing research: an experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 08];73(3):e20180411. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MQdwKP4p3HQLNRRsfhD3Y4S/?format=pdf&lang=en>
15. Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct. 08];23(2):299-306. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/r/lae/v23n2/0104-1169-rlae-3455-2555.pdf>
16. Garnsey C, Zanini G, De Zordo S, Mishtal J, Wollun A, Gerdtts C. Cross-country abortion travel to England and Wales: results from a cross-sectional survey exploring people's experiences crossing borders to obtain care. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct. 08];18(103). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01158-z>
17. Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care* [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct. 08];41(3):170-80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26106103/>
18. Aiken ARA, Starling JE, Van der Wal A, Van der Vliet S, Broussard K, Johnson DM. Demand for Self-Managed Medication Abortion Through an Online Telemedicine Service in the United States. *Am J Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct. 08];110(1):90-7. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305369>
19. Barr-Walker J, Jayaweera RT, Ramirez AM, Gerdtts C. Experiences of women who travel for abortion: a mixed methods systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct. 08];14(4):e0209991. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209991>
20. Badinter E. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record; 2011.
21. Garcia DA, Sousa LMA. A sororidade no ciberespaço: laços feministas em militância. *Estudos Linguísticos* [Internet]. 2016 [cited 2021 Oct 08];44(3):991-1008. Available from: <https://revistadogel.emnuvens.com.br/estudos-linguisticos/article/view/1032>
22. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2021 Oct 08];47(2):304-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

Obtención de datos: Danyelle Leonette Araújo dos Santos. **Análisis e interpretación de los datos:**

Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. **Redacción del manuscrito:** Danyelle

Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al**

contenido intelectual importante: Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 12.11.2021

Aceptado: 05.02.2022

Editor Asociado:
Pedro Fredemir Palha

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Danyelle Leonette Araújo dos Santos

E-mail: danyleonette@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9820-5394s>