

Necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo 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>

Destaques: (1) A busca pelo aborto legal acarretou necessidades propriamente humana nas mulheres. (2) Corresponsabilização dos serviços de saúde na efetivação de direitos reprodutivos. (3) Necessária assistência pautada em comunicação horizontal, livre de julgamentos.

Objetivo: compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota percorrida por mulheres que sofreram violência sexual para realização do aborto legal. **Método:** estudo exploratório, descritivo, qualitativo, cujo referencial teórico foi o campo conceitual da Saúde Coletiva, tendo como base a concepção marxiana de necessidades. Participaram do estudo dez mulheres que solicitaram aborto legal em um serviço de referência localizado em São Paulo. Para coleta de dados utilizou-se roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo com apoio do software WebQDA. As categorias analíticas utilizadas foram necessidades em saúde e gênero. **Resultados:** apesar de a efetivação do aborto ter sido apontada como necessidade primaz, os dados revelaram outras necessidades sentidas pelas mulheres, relacionadas ao processo saúde-doença com ênfase na saúde mental, ao trabalho, à situação financeira, ao exercício da maternidade, ao acesso à informação, à autonomia, à sororidade e ao acolhimento nos serviços de saúde. **Conclusão:** as necessidades propriamente humanas estiveram em maior evidência no estudo, superando necessidades meramente biológicas. Os resultados apontam para a importância de corresponsabilização dos serviços de saúde junto às mulheres, visando minimizar vulnerabilidades e efetivação de direitos reprodutivos.

Descritores: Aborto Legal; Aborto Induzido; Violência Sexual; Violência contra a Mulher; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Gênero e Saúde.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas", apresentada à 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.

Como citar este artigo

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>

Introdução

A polêmica em torno do direito ao aborto está vinculada a aspectos de cunho ético, moral, religioso, social, de gênero e legal. Desde 1940, o Código Penal brasileiro, em seu artigo 128, permite a realização de abortos quando há risco de morte para a gestante ou quando a gravidez é resultante de estupro⁽¹⁾. Em 2012, a justiça brasileira descriminalizou também a interrupção de gravidezes de fetos anencéfalos⁽²⁾.

Apesar dessas exceções legais, inúmeros são os obstáculos enfrentados por mulheres para acessarem os serviços que realizam abortos no país. Em se tratando de gravidezes decorrentes de estupro, esses entraves tornam-se ainda maiores devido à junção dos estigmas imputados à violência sexual, às mulheres e ao aborto. Sabe-se que o estigma do aborto é construído socialmente e promove julgamentos às mulheres que optam por realizá-lo, mesmo em países cujas restrições legais inexistem, fato diretamente relacionado à transgressão dos papéis atribuídos ao feminino, cuja maternidade é um dos pilares⁽³⁻⁴⁾.

O estigma do aborto acarreta numerosas barreiras ao acesso das mulheres aos serviços que realizam aborto legal, perpetuando o silenciamento de informações precisas sobre essa prática⁽⁵⁾. Entre tais barreiras destacam-se a disponibilidade e a qualidade dos serviços especializados, a acessibilidade, o desconhecimento sobre a legalidade do procedimento e locais para sua realização, as questões emocionais e culturais, bem como a postura dos profissionais de saúde perante essa demanda⁽⁵⁻⁷⁾.

Pesquisa brasileira que investigou a estrutura e o funcionamento de hospitais responsáveis pelo atendimento às mulheres que sofreram violência sexual evidenciou que entre as 68 instituições elencadas pelo Ministério da Saúde, apenas 37 realizavam aborto legal e, destas, quatro nunca o fizeram. O estudo também constatou escassez de profissionais médicos disponíveis para realizar o procedimento, além de exigência de boletim de ocorrência, autorização judicial e laudo do Instituto Médico Legal por parte de algumas instituições, revelando excessiva burocratização no acesso ao direito de abortar⁽⁸⁾.

Diante desse cenário de dificuldades e burocratização para efetivação do direito ao aborto, pressupõe-se que os obstáculos vivenciados por mulheres que sofreram violência sexual na busca pelo aborto legal suscitam inúmeras necessidades em saúde. O termo "necessidades em saúde" entende-se não apenas como a demanda do usuário ao serviço de saúde, mas como a expressão de problemas social e historicamente determinados, advindos de uma estrutura coletiva⁽⁹⁾.

As necessidades em saúde podem ser classificadas em visíveis e invisíveis, estando as primeiras relacionadas

ao corpo biológico e reveladas por meio de queixas, enquanto as últimas estão vinculadas a aspectos que se distanciam de questões biológicas e demandam de cuidados para além dos serviços de saúde. As necessidades invisibilizadas precisam de olhar aguçado por parte dos profissionais da saúde para identificá-las, uma vez que sua identificação e cuidado fogem de roteiros clínicos pré-estabelecidos⁽¹⁰⁾.

Reconhece-se que a violência desencadeia necessidades particulares, na maioria das vezes, invisibilizadas que estão diretamente relacionadas à construção histórica do feminino na sociedade e às vulnerabilidades às quais mulheres estão expostas ao longo da vida. Tratando-se de mulheres que sofreram violência sexual, pressupõe-se que as necessidades suscitadas não estão vinculadas apenas à violência sofrida e à gravidez resultante dela, mas também às respostas oferecidas pelos serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Assim, o estudo em tela partiu da seguinte questão de pesquisa: quais necessidades em saúde são desencadeadas durante a rota percorrida por mulheres que sofreram violência sexual do momento em que decidem realizar o aborto legal até a efetivação deste? Para responder esse questionamento, o estudo objetivou compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota percorrida por mulheres que sofreram violência sexual para realização do aborto legal.

Ao responder à questão de pesquisa, espera-se obter elementos relevantes que contribuam com a implementação e concretização de políticas públicas nos serviços que compõem a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, sobretudo àqueles disponíveis para realização do aborto legal.

Método

Tipo de estudo

Estudo exploratório, descritivo, qualitativo, que adotou como referencial teórico o campo conceitual da Saúde Coletiva, tendo como base a concepção marxiana de necessidades⁽¹¹⁾. Desse modo, considerou-se a historicidade e a dinamicidade ao analisar processos individuais e coletivos, determinados pelos aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais da sociedade, permitindo compreender a realidade e suas contradições nas dimensões estrutural, particular e singular, ampliando a visão de determinado fenômeno⁽¹²⁾.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital de referência no atendimento às mulheres que sofreram

violência sexual e também ao aborto legal, localizado na cidade de São Paulo, SP, Brasil.

Período

Os dados foram coletados durante um período de três meses, entre julho e setembro de 2018.

População do estudo

A população do estudo foi composta por mulheres grávidas em decorrência de uma violência sexual e que solicitaram o aborto legal.

Critérios de seleção

Estabeleceu-se como critérios de inclusão mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, procedentes de municípios situados fora da Região Metropolitana de São Paulo ou de outros Estados brasileiros. Definiu-se que seriam excluídas da investigação mulheres com diagnóstico prévio de problemas psiquiátricos graves ou com alguma deficiência cognitiva, contudo, salienta-se que durante o período de coleta de dados não houve casos de mulheres nessas condições.

A decisão por entrevistar mulheres residentes fora Região Metropolitana de São Paulo baseou-se na concepção de que as moradoras dessa região enfrentariam menos percalços para conseguir acessar um serviço onde pudessem solicitar e efetivar um aborto previsto em lei, dada a organização da rede de enfrentamento às mulheres em situação de violência ser melhor estruturada e a divulgação constante na mídia paulistana sobre as ações desenvolvidas na instituição de desenvolvimento da pesquisa.

Participantes

Participaram do estudo dez mulheres, selecionadas de modo intencional e o fechamento amostral se deu por saturação dos dados.

Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista constituído por questões sociodemográficas, visando caracterizar as participantes, e por questões norteadoras que serviram como guia para compreender a realidade objetiva a partir das falas das entrevistadas.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu utilizando a técnica de entrevista em profundidade. O convite para as mulheres participarem da pesquisa se deu após atendimento com a assistente social, na ocasião da solicitação do aborto legal. Destaca-se que nenhuma mulher convidada a participar da pesquisa recusou o convite.

Todas as participantes foram entrevistadas em dois momentos: na ocasião da solicitação do aborto e após a realização do procedimento ou após decisão contrária ao procedimento. Ocorreram em sala privativa do próprio serviço, sendo gravadas em gravador de voz digital, com duração variando entre 30 e 65 minutos. Após a entrevista, todas as participantes foram questionadas sobre o desejo de ouvir seu discurso, visando avaliá-lo e, caso desejassem, poderiam alterar ou excluir trechos. Nenhuma mulher desejou utilizar esse recurso.

Convém acrescentar que os áudios das entrevistas foram armazenados em pasta protegida por senha em um computador pessoal de uma das pesquisadoras, sendo ela a única responsável por manipulá-los. Ainda, visando garantir o anonimato, as narrativas das entrevistadas foram identificadas pela letra E seguida de número de 1 a 10, atribuídos aleatoriamente.

Durante todo o período de coleta de dados, a presença constante da pesquisadora no serviço de referência possibilitou ricos registros no diário de campo que contribuíram para melhor compreensão da vivência das mulheres durante o processo de solicitação do aborto e posterior internação para efetivar o procedimento.

Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados ocorreu de modo contínuo, sendo iniciado desde a coleta de dados. Assim, a cada entrevista realizada, foram destacados temas relevantes para elucidação do fenômeno, sendo agrupados aqueles que apresentassem similaridade. Assim, na ausência de novos elementos no material tratado, considerou-se a saturação teórica dos dados.

Para a análise dos dados, foram seguidos os procedimentos propostos por Bardin⁽¹³⁾ visando à emersão das categorias empíricas, que foram discutidas à luz das categorias analíticas necessidades em saúde e gênero. Para dar suporte à análise dos dados, utilizou-se o *software* WebQDA por permitir codificar de modo estruturado e interligado os dados da pesquisa qualitativa, garantindo melhor organização e interpretação das informações de modo mais rápido e sistemático⁽¹⁴⁾.

Aspectos éticos

O estudo atendeu todos preceitos éticos propostos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob parecer nº 2.660.395, e pelo Comitê de ética do Centro de Referência em Saúde da Mulher do Estado de São Paulo, sob parecer nº 2.661.916. Salienta-se que todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

após esclarecimentos sobre os objetivos, benefícios e riscos da pesquisa.

Resultados

Dentre as participantes do estudo, cinco tinham entre 20 e 29 anos e as demais possuíam entre 30 e 39 anos. A maioria declarou-se branca, com ensino superior completo ou em curso, com alguma crença religiosa, porém não praticantes de religião específica. Realizavam atividade laboral no mercado formal e informal de trabalho, com renda familiar variável entre dois e cinco salários mínimos*. Quanto à cidade de procedência, todas eram provenientes da região sudeste do país, seis residindo no interior do Estado de São Paulo e as demais oriundas do Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Sobre dados obstétricos, cinco participantes possuíam pelo menos um filho, enquanto as demais vivenciavam a primeira gestação. A maioria estava com idade gestacional variando entre nove e 13 semanas quando solicitaram o aborto previsto em lei. Apenas duas entrevistadas estavam no segundo trimestre da gestação, com idade gestacional de 17 e 23 semanas, respectivamente.

A análise das falas revelou a gravidez como uma extensão da violência sexual sofrida, levando as participantes a traduzirem, primordialmente, suas necessidades na demanda pelo aborto. Embora não tenham sido questionadas diretamente sobre as necessidades sentidas durante a busca pelo aborto, foram identificados nos relatos temas emergentes que possibilitaram surgimento de quatro categorias empíricas.

Na primeira categoria, *necessidades relacionadas ao processo saúde-doença das mulheres diante da gravidez indesejada*, constatou-se que a notícia da gestação desencadeou sofrimento, refletindo negativamente nos cuidados das entrevistadas com a saúde. A angústia quanto ao desfecho da gestação foi manifestada sob a forma de ansiedade, traduzida em necessidades voltadas à conservação da vida, sobretudo, sono e alimentação. [...] *Eu fiquei três dias, basicamente, de cama [...] Como eu estava muito ansiosa, eu estava sem apetite nenhum. Eu não conseguia dormir, não conseguia comer, quando eu comia, comia demais e passava mal* (E2). *Eu estou fumando o dobro de cigarros que eu fumava. Eu já cheguei a fumar duas cartelas de cigarro por dia. Eu nem durmo com vontade de fumar. [...] Eu fico acordada a noite toda, oscilando o sono [...]. Estou sofrendo* (E5).

Algumas entrevistadas traduziram suas necessidades, exclusivamente, no campo da saúde mental, enfatizando a relevância de apoio psicológico profissional para lidarem com a experiência da violência e do aborto. *De noite eu tenho umas crises que eu fico chorando [...]. Eu só consigo me*

sentir extremamente depressiva, triste, perdida na vida [...]. Eu sei que eu estou precisando de ajuda. (E3). *Decidir isso é muito difícil. Eu não sei que consequências vai ter na minha vida [...]. Acho que vou ter muita consequência moral, uma parte bem apelativa e religiosa* (E4).

A categoria empírica *necessidades relacionadas aos processos de produção e reprodução social* revelou o quanto a rotina das entrevistadas foi afetada ao recorrerem a serviços de saúde localizados em outras cidades para realizar o aborto legal. A produção social, concretizada no trabalho remunerado, apresentou-se como um entrave, dada a dificuldade das mulheres de se ausentarem das atividades laborais por um período maior de tempo que o usual, realidade que aponta para a fragilidade e precarização das relações de trabalho no contexto do capitalismo. [...] *o chefe queria me encontrar para conversar e ter uma reunião essa semana e eu falei que não podia, que eu ia cuidar da minha saúde e que não podia contar o motivo [...] ele disse que não podia ter na equipe uma pessoa que tinha um problema de saúde [...]* (E3). *Essa semana toda eu não estou indo trabalhar. [...] Fico aqui preocupada com medo de perder o emprego [...] porque eu não trabalho de carteira assinada, tenho medo de me dispensarem* (E5).

A dificuldade financeira também representou um obstáculo significativo para essas mulheres devido aos gastos com deslocamento e estadia em outra cidade. Seja pela ausência de serviços de saúde ou pela escassez de profissionais que realizassem o aborto em suas cidades de origem, as falas revelaram desresponsabilização dos serviços e profissionais de saúde, deixando ao encargo exclusivo das mulheres o enfrentamento do problema. *Eu tive que conseguir um dinheiro emprestado. Estou devendo até minha alma para vir aqui atrás de ajuda* (E3). *É muito complicado. Se tivesse um hospital lá, se tivesse um amparo lá na minha cidade, eu não precisava ter vindo para cá, gastar um dinheiro que eu não tinha. Tive que pedir emprestado para poder vir. É horrível! Não tinha que ser assim* (E8).

Em relação à reprodução social, as participantes que declararam ter filhos referiram que o cotidiano de cuidados com a prole era uma preocupação a mais no processo de busca pelo aborto. Assim, relataram sentimento de culpa por entenderem estar transgredindo o papel materno. *Eu deixei meus filhos lá na minha cidade com uma vizinha minha [...] eu nunca deixei eles assim, é a primeira vez* (E7). *Eu me sinto até culpada porque eu tenho que cuidar do meu filho também. Nós estamos fazendo uma investigação para ver se ele tem autismo [...] eu preciso me dedicar a ele e, nessa situação, eu não estou conseguindo* (E10).

A terceira categoria, *necessidades relacionadas à autonomia e ao exercício de cidadania das mulheres*, mostrou que, apesar dos obstáculos, a experiência da violência sexual e da gravidez indesejada se sobrepunha a quaisquer empecilhos encontrados na rota pelo aborto.

* Salário mínimo vigente = R\$ 998,00, Brasil, 2019.

Nesse contexto, constatou-se o apoio familiar como uma necessidade capaz de fortalecer as entrevistadas a contrariarem normativas sociais hegemônicas e assumirem uma postura ativa para buscar o aborto. Nesse ínterim, chama atenção a valorização dada por algumas mulheres ao suporte recebido por homens do seu contexto familiar. Houve, ainda, aquelas que optaram por não procurar suporte familiar devido aos dogmas religiosos, por exemplo. *Se eu não tivesse minha prima, o que eu ia fazer? Ela tem um conhecimento diferente, uma cabeça diferente. O noivo dela tem uma cabeça diferente. [...] O noivo dela ficava me dizendo que ninguém devia me julgar por nada. Isso vindo de um homem, nossa, eu me senti mais confortável do que a minha prima me dar apoio* (E2). *Minha família é bem conservadora, toda baseada no espiritismo [...]. Eu não tenho como contar para eles [...], eles são totalmente contra o aborto, até em caso de estupro. Eu não sabia o que fazer* (E3).

O acesso à informação também foi evidenciado como uma necessidade que remetia à autonomia. Em geral, as pesquisadas desconheciam a possibilidade legal de realizar o aborto quando a gravidez resultava de estupro, desvelando esse direito apenas quando buscaram por abortos clandestinos na internet. Algumas participantes refletiram sobre as dificuldades que a estrutura social impõe para efetivação desse direito no campo reprodutivo. *Só pesquisando os métodos ilegais na internet eu fui saber que isso [aborto] é um direito da mulher* (E10). *Eu sei que por lei todo hospital tem que fazer, mas não é assim que acontece. [...] Porque o Brasil é um país dominado pela religião. Então, os próprios médicos que deveriam fazer [abortos], eles se recusam. [...] É uma situação difícil* (E8).

A experiência do aborto legal fez despontar, ainda, necessidades que remetiam à empatia e à sororidade. Em geral, após a efetivação do aborto, as entrevistadas relativizaram os potenciais de desgastes vivenciados por terem recebido apoio familiar e, com isso, fortaleceram sua autoestima, revelando desejo de, no futuro, encorajarem outras mulheres a usufruir desse direito. *Queria muito participar de uma causa assim [...], se em algum momento me sentir confortável também para falar sobre o que aconteceu. [...] moro numa cidade que não é tão pequena e essa questão [aborto] não é tratada* (E2). *Eu tenho muita sorte. [...] Sem apoio, não imagino como deve ser difícil. Quando eu melhorar disso tudo, quero ajudar outras meninas que passam por essas coisas* (E4).

Na categoria *necessidades relacionadas ao acolhimento nos serviços de saúde* detectou-se assistência precária e revitimização das mulheres pelos profissionais que as assistiram, fato constatado nas falas, ao revelarem a exposição, o constrangimento e a morosidade para atender a demanda pelo aborto. Salienta-se que as pesquisadas que recorreram a mais de um serviço ao longo do percurso estiveram mais expostas a violências institucionais. *Eu já estava cansada de explicar toda a situação.*

Toda vez que eu ia era um médico novo e eu tinha que explicar tudo de novo. Eles não tinham prontuário. Eu passava cada vez por um médico diferente. Sempre pelos mesmos procedimentos, mas com pessoas diferentes (E4). *Eles estavam me passando, jogando, jogando, até alguém conseguir resolver. Foi isso que eu senti* (E10).

Para as mulheres que residiam em municípios menores, localizados no interior dos Estados, houve receio de quebra do sigilo profissional e, assim, a violência sexual e a gravidez se tornassem de conhecimento público. O medo de sofrer sanções de gênero e julgamentos pela comunidade as fizeram não procurar os serviços de saúde. *Lá na minha cidade, por ser interior, não sei, principalmente em relação a isso de estupro, as pessoas te julgam muito. O povo é muito preconceituoso. E, se eu contasse no hospital era capaz daquilo se espalhar e ainda pegar má fama* (E3). *Eu não queria que ninguém soubesse [...]. Por isso não fui no posto de saúde para fazer exame de gravidez. Porque, se eu fosse, minha mãe ia saber* (E6).

Houve relatos sobre posturas inquisidoras adotadas pelos profissionais de saúde, desencadeando acolhimento precário e minimizando qualquer possibilidade de comunicação afetiva que permitisse uma escuta qualificada. *Quando eu perguntei como é que era tratada as vítimas de abuso que estavam gestantes, a assistente social começou a me fazer perguntas [...], ficou me julgando [...]. Eu acredito que quem trabalha na área da saúde não pode pensar assim* (E8).

A chegada das entrevistadas a um hospital onde finalmente foram atendidas possibilitou à maioria uma assistência integral e humanizada, pautada em escuta qualificada e resolutividade. Entretanto, em algumas falas, destacou-se que a aprovação da solicitação pelo aborto suscitou novas necessidades que remeteram à escassez de informações relacionadas ao procedimento em si. Nesses casos, a abordagem pautada em linguagem técnica tornou a comunicação pouco efetiva, gerando novas lacunas no acolhimento.

Assim, o acesso à informação despontou como uma necessidade constante vinculada ao empoderamento das mulheres ao reafirmar sua autonomia enquanto sujeitos de direitos. *Estava com medo. Eu nunca tinha feito nenhuma cirurgia. Não sabia como acontecia o procedimento, então, fiquei imaginando um monte de bistris* (E4). *Eu não sei como funciona isso. Então, fico preocupada de não dar certo de fazer o procedimento* (E9).

Discussão

A análise dos resultados revelou ser a busca pelo aborto legal um percurso repleto de obstáculos capazes de desencadear inúmeras necessidades em saúde reveladas como potenciais de desgastes no processo saúde-doença

das mulheres. Essas necessidades ocultadas e, por vezes, minimizadas em virtude da urgência em efetivar a interrupção da gravidez, foram expressas em diversas vulnerabilidades por parte das pesquisadas.

As necessidades em saúde sentidas e externadas pelas participantes estiveram vinculadas principalmente às necessidades propriamente humanas, revelando superação das necessidades de conservação da vida, cujo enfoque é meramente biológico⁽¹¹⁾. Apesar de terem sido mencionadas queixas biológicas, acredita-se que as mulheres tentaram traduzir necessidades mais complexas desencadeadas pelo contexto permeado de subjetividades.

Os resultados apontaram para o reconhecimento da necessidade de assistência psíquica especializada para as mulheres lidarem com a experiência da violência e do aborto. Esse dado reproduz a ideia disseminada no âmbito dos serviços de saúde sobre a violência ser um fenômeno circunscrito à saúde mental, uma vez que foge do enfoque medicalizante, reforçando a dicotomia mente-corpo⁽¹⁵⁾. Assim, a concepção de que tais fenômenos requerem, prioritariamente, atuação de profissionais especializados pode criar entraves para a integralidade da assistência e articulação em rede dos serviços.

A inexistência de serviços voltados ao atendimento de mulheres que sofreram violência sexual nas cidades de procedência das entrevistadas despontou como elemento desencadeador de necessidades. O fato de a maioria desse tipo de serviço localizar-se predominantemente nas capitais dos Estados brasileiros, inexistindo em sete unidades federativas⁽⁸⁾, obriga as mulheres a saírem de suas cidades na busca por efetivação de direitos.

Barreiras geográficas para acessar serviços de aborto têm sido evidenciadas em diversos países e relacionadas à baixa disponibilidade de serviços e profissionais, sobretudo em países com leis restritivas, obrigando mulheres a percorrer longos trajetos para interromper uma gravidez. Essas viagens representam um fardo, tornando a experiência do aborto mais penosa devido aos custos diretos e indiretos com transporte, estadia, alimentação, afastamento do trabalho e/ou estudos e ajustes para garantir cuidados com os filhos⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Os resultados revelaram que os encargos logísticos desencadearam necessidades relacionadas à produção social, vinculadas ao receio de perda de trabalho e dificuldade financeira. Sabe-se que o trabalho remunerado instrumentaliza as mulheres na superação das desigualdades de gênero por meio da independência financeira, possuindo estreita relação com a autonomia e a liberdade feminina na tomada de decisões, voltando-se, portanto, às necessidades propriamente humanas^(11,15).

Sobre as necessidades relacionadas à reprodução social, vinculadas à maternidade, constatou-se uma visão generificada quanto aos cuidados com os filhos. Apesar de

as mulheres terem conquistado espaço no âmbito público, existe receio de a ampliação de papéis acarretar falhas no contexto privado, sobretudo, no maternar. O medo de não conseguir desempenhar plenamente a maternidade desencadeou sentimento de culpa nas entrevistadas por receio de suas escolhas influenciarem negativamente o bem-estar dos filhos. Essa realidade reforça a estrutura social acerca dos papéis desempenhados por mulheres na sociedade e revela as contradições quando elas precisam dividir-se entre os cuidados com os filhos e seus desejos pessoais⁽²⁰⁾.

Os entraves e os conflitos emocionais vivenciados pelas participantes mostraram a forte influência da estrutura social nas necessidades em saúde sentidas. Não por acaso, as necessidades que remetiam à autonomia e ao exercício da cidadania traduziram-se em apoio familiar e acesso à informação, revelados nas falas como fundamentais para o encorajamento na tomada de decisão pelo aborto. Salienta-se a surpresa de algumas entrevistadas terem recebido apoio de homens do seu contexto familiar, atribuindo importância à legitimação masculina para sua escolha. Considerando a dimensão estrutural da sociedade, entende-se que o valor atribuído ao apoio masculino reforça a cultura androcêntrica e simboliza uma espécie de autorização social das escolhas femininas na sociedade patriarcal.

Tratando-se da dificuldade em adquirir informações sobre aborto legal, algumas entrevistadas apontaram sentimentos que significavam sororidade ao manifestarem desejo de utilizar suas experiências na busca pelo aborto para encorajar a autonomia de outras mulheres que vivenciem a mesma situação. O termo sororidade tem sido amplamente divulgado na mídia digital e tem colaborado para o fortalecimento das lutas feministas. É compreendido como uma experiência individual e coletiva que busca combater a cultura patriarcal responsável por travar embates entre mulheres, visando o estabelecimento de relações solidárias que levam ao empoderamento feminino⁽²¹⁾.

Necessidades relacionadas ao acolhimento pautado na escuta qualificada, sigilo profissional, apoio e assistência resolutiva também foram mencionadas pelas participantes. Os discursos externaram frustração quanto à ausência de uma rede de atenção à vítima de violência nos diferentes municípios de origem, à falta de estrutura organizacional dos serviços e à postura julgadora dos profissionais de saúde. Essa ruptura de expectativas traduziu as dificuldades dos serviços de saúde em responder adequadamente a esse tipo de demanda, revelando o viés de gênero nas respostas negativas obtidas nos diferentes serviços e apontando a resistência desses espaços em se aproximarem dos fenômenos da violência e do aborto.

No contexto da assistência às mulheres em situação de violência, as atitudes dos profissionais de saúde influenciam sobremaneira a assistência ofertada. Assim, a acolhida não deve ser resumida a um simples diálogo, mas pressupor atenção integral, mediada por um saber generificado capaz de responder às necessidades dessas mulheres. Para tanto, é fundamental o uso de instrumentos que permitam abordagem específica, com qualificação da escuta e tradução das necessidades não verbalizadas nos serviços^(15,22).

No presente estudo, evidenciou-se ter sido imputado às participantes uma posição de passividade no âmbito da relação usuária-profissional, gerando, assim, acolhimento precário, visto terem sido privadas de informações relevantes que poderiam minimizar significativamente necessidades que despontaram ao longo dessa trajetória. Reconhece-se, portanto, entraves para o protagonismo feminino ser plenamente experienciado na esfera da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo quando se trata de aborto.

Ainda sobre acolhimento, o sigilo foi apontado como uma necessidade sentida pelas participantes. Devido ao estigma, grande parcela das mulheres que realizam um aborto optam por mantê-lo em segredo por medo de julgamento de terceiros ou de ter seu desejo de interromper a gestação contestado^(16,18).

Apesar de o sigilo ser direito dos usuários e dever dos profissionais de saúde, os resultados evidenciaram que mulheres provenientes de cidades menores temiam ter sua intimidade exposta. O fato de suas redes sociais se entrelaçarem com as dos profissionais reforçou a ideia de não haver garantia do anonimato quando se trata de fenômenos sociais moralmente controversos, como o aborto. Nesse contexto, é preciso refletir o quanto essa barreira pode influenciar diretamente o acesso das mulheres ao aborto legal e sobre quantas desistem de buscar por esse direito, recorrendo a abortos clandestinos e inseguros, colocando em risco suas vidas.

A junção de barreiras interpessoais e logísticas na busca pelo aborto legal revela a necessidade urgente de repensar a rede de atenção às mulheres em situação de violência. Autores destacam como fundamentais nesse processo a organização de serviços que atendam tal demanda em lugares mais longínquos, atuando de modo articulado com outros aparelhos sociais, integrado por equipe multidisciplinar capaz de oferecer assistência segura e confidencial⁽¹⁷⁾.

A limitação desse estudo está no fato de as entrevistas terem sido realizadas no serviço de saúde onde o aborto foi solicitado e realizado, o que pode ter influenciado, de algum modo, os dados sobre acesso e acolhimento. Apesar disso, os resultados obtidos contribuem para ampliar

o conhecimento no campo da Saúde Coletiva sobre o fenômeno do aborto, visto correlacioná-lo com a violência de gênero e discutir sua interface com as necessidades em saúde. Essa integração possibilita um novo olhar sobre o fenômeno em tela, contribuindo para a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres.

Conclusão

Os entraves vivenciados pelas pesquisadas no processo de busca pelo aborto legal provocaram necessidades em saúde nem sempre expressas no âmbito dos serviços de saúde. De modo geral, as mulheres revelaram necessidades propriamente humanas e, apesar de enfatizarem a dimensão singular, possuíam certa compreensão sobre a influência da estrutura social nos obstáculos vivenciados por elas ao longo da trajetória abortiva.

Os resultados apontaram como fundamental que os serviços de saúde e profissionais sejam corresponsáveis com as mulheres na busca pela efetivação de direitos reprodutivos. Para tanto, faz-se necessário que os encontros instaurados no âmbito dos serviços de saúde estejam pautados em comunicação horizontal, livre do julgamento e da autoridade moral dos profissionais de saúde, sendo as mulheres as reais protagonistas de suas escolhas reprodutivas.

Referências

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/L6XSyzXN7n4FgSmLPpv cJfB/?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/rlae/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

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

Obtenção de dados: Danyelle Leonette Araújo dos Santos. **Análise e interpretação dos dados:** Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. **Redação do manuscrito:** Danyelle Leonette Araújo dos Santos, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo

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

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 12.11.2021

Aceito: 05.02.2022

Editor Associado:
Pedro Fredemir Palha

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Danyelle Leonette Araújo dos Santos

E-mail: danyleonette@gmail.com

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