



CAROLINA LEME MACHADO DE GODOY

**VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE SOFRERAM
VIOLÊNCIA SEXUAL E SOLICITARAM
INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO**

***EXPERIENCES OF WOMEN WHO SUFFERED
SEXUAL VIOLENCE AND REQUESTED LEGAL
ABORTION***

**CAMPINAS
2015**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

CAROLINA LEME MACHADO DE GODOY

**VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE SOFRERAM
VIOLÊNCIA SEXUAL E SOLICITARAM
INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO**

***EXPERIENCES OF WOMEN WHO SUFFERED
SEXUAL VIOLENCE AND REQUESTED LEGAL
ABORTION***

Tese apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Fisiopatologia Ginecológica.

Thesis submitted to Gynecology and Obstetrics Post-Graduation Program of the Medical Sciences School of the University of Campinas for obtaining the title of Master in Health Sciences in the concentration area of Gynecologic Physiopathology.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA CAROLINA LEME MACHADO DE GODOY E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES**

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G548v Godoy, Carolina Leme Machado de, 1982-
Vivências de mulheres que sofreram violência sexual e solicitaram interrupção legal de gestação / Carolina Leme Machado de Godoy. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Arlete Maria dos Santos Fernandes.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Vivências. 2. Mulheres. 3. Violência sexual. 4. Aborto legal. I. Fernandes, Arlete Maria dos Santos, 1959-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Experiences of women who suffered sexual violence and requested legal abortion

Palavras-chave em inglês:

Experiences

Women

Sexual violence

Abortion, Legal

Área de concentração: Fisiopatologia Ginecológica

Titulação: Doutora em Tocoginecologia

Banca examinadora:

Arlete Maria dos Santos Fernandes [Orientador]

Rosiane Mattar

Silvana Maria Quintana

Egberto Ribeiro Turato

Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

Data de defesa: 26-02-2015

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

Diagramação e Revisão: Assessoria Técnica do CAISM (ASTECC)

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA
CAROLINA LEME MACHADO DE GODOY

ORIENTADORA: PROF. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

MEMBROS:

1.

2.

3.

4.

5.

**Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 26 /02 / 2015

RESUMO

Introdução: a lei brasileira garante interrupção legal de gestação (IL) para os casos de violência sexual (VS) desde 1940. A consequência do aborto na vida emocional das mulheres tem motivado estudos em diferentes países com resultados controversos. **Objetivos:** conhecer as vivências das mulheres que sofreram VS e solicitaram IL de gestação em serviço de referência em São Paulo, Brasil. **Métodos:** Estudo exploratório e qualitativo baseado em entrevistas diretas semiestruturadas com amostra proposital, utilizando critério de saturação de informação. As entrevistas foram gravadas, transcritas e inseridas no programa The Ethnograph V6.0, e definidas categorias que serviram para análise temática de conteúdo. **Resultados:** Dez mulheres que realizaram IL e outras três com solicitações negadas ou que desistiram do procedimento participaram da pesquisa. Todas com idade entre 18 e 38 anos e escolaridade ≥ 8 anos, entrevistadas após 1 a 5 anos do procedimento de IL. As mulheres sentiram a VS como vergonhosa, mantiveram segredo e não procuraram atendimento imediato; relatando sentimentos de choque, medo, choro constante e desespero. O diagnóstico da gravidez foi desesperador, provocou angústia e o desejo imediato de interrupção. As mulheres desconheciam o direito à IL e onde deveriam buscar ajuda. Para as que procuraram primeiramente o setor privado de saúde as orientações foram precárias, diferentemente daquelas que procuraram atendimento público. Encontrar o serviço de referência foi motivo de alívio; a

espera pela resposta à solicitação da IL foi marcada por ansiedade e medo de recusa. Após o procedimento, as variáveis ter religião católica, visualizar o feto no momento da expulsão e perceber reações negativas por parte de membros da equipe de atendimento foram aspectos apontados como dificultadores do processo de elaboração da experiência da IL. Após a IL foram relatados sentimentos de alívio, vazio e tristeza. Em longo prazo não houve arrependimento; apesar disso, as mulheres precisaram lidar com sentimentos de culpa e dificuldades para retomar suas práticas religiosas. O estudo não alcançou saturação de informação para avaliar vivências após negação da IL, realizou-se, então, estudo de casos. A única mulher entrevistada para a qual a IL foi negada pelo serviço evoluiu com aborto espontâneo e as vivências relatadas foram semelhantes àquelas das que haviam realizado IL. Para as duas mulheres que desistiram da IL e assumiram a gestação, a decisão delas próprias e o apoio familiar consistente mostraram-se relevantes para o bom desenvolvimento do vínculo com o bebê; ambas negaram arrependimento por suas decisões.

Conclusão: foi evidente a complexidade das vivências das mulheres que sofreram VS e precisaram recorrer à IL, sendo esta realizada ou não. Além do impacto da agressão sofrida, as mulheres também revelaram o impacto das sanções morais e religiosas. Na realidade brasileira, há necessidade da criação de serviços de apoio que não estejam ligados diretamente aos serviços de referência para IL, a fim de dar suporte às demandas emocionais das mulheres e oferecer possibilidade de reestruturação; além da promoção de reflexões no campo da saúde, dos direitos humanos e da proteção social.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian law ensures legal abortion (LA) for cases of sexual violence (SV) since 1940. The emotional consequences of abortion for women's life has motivated studies in different countries with controversial results. **Objectives:** to know the experiences of women who have suffered SV and requested LA in referral service in São Paulo, Brazil. **Methods:** Exploratory qualitative study based on semi-structured interviews conducted with women selected through purposeful sampling. Interviews were recorded, transcribed and thematic analysis of content was performed with the aid of The Ethnograph V6.0 program, and defined categories that served to thematic content analysis. **Results:** Ten women who underwent LA and three with requests denied or dropped out of the procedure were interviewed after 1-5 years of LA, all aged between 18-38 years and schooling ≥ 8 years. The women felt the SV as shameful, kept secret and did not seek immediate care; reporting feelings of shock, fear, constant crying and despair. The diagnosis of pregnancy was despairing, caused anguish and immediate abortion desire. The women were unaware of the right to LA and where they should seek for help. For those who first sought the private health sector orientation were poor, unlike those who sought public service. Finding the referral service was relieving; waiting for a response to the LA request was marked by anxiety and fear of refusal. After the procedure, the variables having catholic religion, seeing the fetus during the procedure and negative reactions from

members of the care team were pointed as hindering elements of this experience. After the LA feelings of relief, emptiness and sadness were reported. In the long term, there was no regret regarding the decision, however, feelings of guilt and difficulties in resuming their religious practices appeared. The study did not reach saturation information to evaluate to assess the women's experiences who did not have the legal abortion, so case studies were done. The only woman interviewed for which the LA was denied by the service, had a spontaneous abortion and reported similar experiences to those who underwent LA. For the two women who dropped out of the LA and carried the pregnancy to term, the decision made by themselves and consistent family support were relevant to promote link with the pregnancy and the baby; both of them reported no regret regarding their decision.

Conclusion: it was evident the complexity of the experiences of women who have suffered SV and had to underwent LA. Besides the impact of aggression, women also revealed the impact of moral and religious sanctions. In Brazil, there is need for the creation of support services that are not directly linked to referral services for LA in order to support women's emotional demands and offer possibility of restructuring; in addition to promoting reflections in the field of health, human rights and social protection.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT	ix
SUMÁRIO.....	xi
DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS.....	xv
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xix
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	21
2. OBJETIVOS.....	35
2.1 Objetivo Geral	35
2.2 Objetivos Específicos	35
3. RESULTADOS.....	37
Artigo 1	38
Artigo 2	63
Artigo 3	84
4. DISCUSSÃO GERAL.....	107
5. CONCLUSÃO GERAL	121
6. REFERÊNCIAS	125
7. ANEXOS	137
8.1. ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP.....	137
8.2. ANEXO 2 - FICHA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIO MÉDICO	138
8.3. ANEXO 3 - PROTOCOLO DE ENTREVISTA TELEFÔNICA	140
8.4. ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	141
8.5. ANEXO 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PACIENTES QUE FIZERAM INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO	142

DEDICATÓRIA

*Às minhas duas meninas, Laura e Marina,
que chegaram em minha vida
ao longo de todo o percurso deste trabalho,
tornando meu caminho mais belo e suave.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes, pelo exemplo de profissionalismo e pelo respeito com que sempre me tratou. Obrigada pelo incentivo e pelos ensinamentos ao longo desses anos todos. Seu apoio incondicional, mesmo diante das mudanças e surpresas da vida, me fez chegar firme até aqui.

Às coautoras Maria José Duarte Osis, Maria Yolanda Makuch e Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, pelas valiosas colaborações em cada etapa e pela paciência e carinho com que sempre receberam a mim e ao meu trabalho.

À Equipe do Ambulatório de Atendimento Especial do CAISM/UNICAMP, pela receptividade e acolhimento.

Agradeço à minha mãe, Tania Cristina Leme, e à minha sogra, Vera Lúcia de Godoy, por todo suporte para que eu pudesse realizar meu trabalho. Obrigada pelo cuidado com minhas filhas nos momentos em que precisei me ausentar, pelo carinho com que as tratam e por me permitirem seguir em frente com o coração em paz.

Ao meu pai, pelo olhar de admiração para minhas conquistas, pelo carinho e por todo apoio ao longo da minha caminhada.

À Nara Dias Machado e Antonio Lázaro Regonha, por fazerem parte da minha vida há tanto tempo e por me ensinarem, cada qual à sua maneira, a importância do amor e do trabalho.

Ao meu marido, Carlos Eduardo de Godoy Junior, pela companhia e amor, sem os quais nada teria sido possível. Obrigada por ter ouvido a história de cada paciente, por me ajudar nos momentos de cansaço, pelas releituras e opiniões. Obrigada pelo apoio e admiração, e por me incentivar sempre.

Às minhas filhas, Laura e Marina, pelos momentos mais felizes que vivenciei até hoje e pela companhia amorosa, da qual não precisei me furtar e por isso estudar tem sido tão prazeroso. A chegada de vocês em minha vida deu novos sentidos aos meus esforços.

Às mulheres que me receberam tão carinhosamente para falar de um momento tão delicado e doloroso de suas vidas, pela disponibilidade e generosidade em partilhar suas histórias.

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), através do processo número 2009/18226-0; com período de vigência de 01/05/2010 a 30/05/13.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- AE** – Anticoncepção de emergência
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FCM** – Faculdade de Ciências Médicas
- IL** – Interrupção Legal
- MS** – Ministério da Saúde
- NT** – Norma Técnica
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- Sinan** – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas
- UPA** – Unidade de Pronto-Atendimento
- VS** – Violência Sexual

1. INTRODUÇÃO GERAL

“Mas o homem, porque não tem senão uma vida, não tem nenhuma possibilidade de verificar a hipótese através de experimentos, de maneira que não saberá nunca se errou ou acertou ao obedecer a um sentimento.”

Milan Kundera - “A Insustentável leveza do ser”

O *status* moral e legal do aborto passou por mudanças ao longo da história e continua sendo repensado nas diferentes sociedades. Até o início dos anos de 1800, o aborto não era assunto pertencente ao âmbito legal. Este processo se inicia a partir dos avanços nas descobertas da medicina por volta do século XVIII. Até esse momento, a gravidez e o parto eram assuntos pertencentes exclusivamente ao mundo feminino, as mulheres pariam sozinhas a princípio, e depois, com o auxílio umas das outras. O pudor diante das partes íntimas femininas coibia a atuação médica durante a gestação, e eram as próprias mulheres que dirigiam conselhos e instruções às gestantes e que as ajudavam a parir e abortar (1).

Foi com o avanço do conhecimento técnico sobre o feto e seu desenvolvimento que se iniciaram as concepções nas mudanças culturais e teológicas sobre a vida fetal. As práticas abortivas passaram a ser condenadas, muito provavelmente devido ao alto risco de complicações envolvido nos

procedimentos. Progressos no conhecimento sobre o desenvolvimento do feto nortearam o início da interferência da Igreja e do Estado sobre os procedimentos de aborto, sendo que as primeiras leis a respeito surgiram a partir dos primeiros anos do século XX. (1,2)

Foi com a descoberta da pílula anticoncepcional, na década de 1950, na Cidade do México (3) e o lançamento do primeiro composto comercial em 1961 na Alemanha (4), que se tornou possível o controle da fertilidade pela própria mulher e a maternidade deixou de ser um destino e passou a ser uma opção. A partir de 1960, nos países ocidentais, em especial os mais industrializados, iniciou-se o processo de separação entre sexualidade e maternidade, ancorados pelo movimento feminista, e o aborto começou a ser discutido como um direito de escolha da mulher a respeito da própria vida reprodutiva. Essa nova visão de direitos reprodutivos acabou por promover a cisão entre Igreja e Estado com relação à legislação específica para o aborto. (5)

Em países europeus, durante os anos de 1970, as discussões sobre o tema ganharam as ruas e os legisladores foram chamados a discutir e a rever as leis punitivas. Países como França, Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Itália, Canadá e, mais recentemente, Portugal e Espanha, legalizaram a interrupção voluntária da gravidez por desejo da mulher. (1,5)

Atualmente, as condições nas quais o aborto é permitido por lei variam entre os países, e, em geral, ficam circunscritas a sete situações: salvar a vida da mulher, preservar a saúde física e/ou mental da mulher, por estupro ou incesto, por anomalias fetais, por razões econômicas ou sociais e a pedido da mulher. Por outro lado, aproximadamente 20% da população de mulheres em

idade reprodutiva ainda vivem em países nos quais o aborto é proibido em qualquer circunstância ou é permitido apenas para salvar a vida da mulher (6).

Em 2009, 97% dos países do globo permitiam o aborto para salvar a vida da mulher. Entre os países desenvolvidos, 80% permitem o aborto por razões econômicas e sociais e 69% por solicitação da mulher, enquanto nos países em desenvolvimento essas taxas são de 19% e 16%, respectivamente. Atualmente, o aborto é proibido em qualquer circunstância no Chile, República Dominicana, El Salvador, Cidade do Vaticano, Malta e Nicarágua (7).

No caso do Brasil, como na maioria dos países em desenvolvimento, as leis em relação à prática do aborto são restritivas. O aborto foi permitido pelo Código Penal Brasileiro de 1940 (8), em duas situações: para salvar a vida da gestante e nos casos de estupro ou incesto. Apenas em 2012, passou a ser permitido para os casos de gestações de fetos anencefálicos (9).

Embora a ocorrência do aborto varie de acordo com as leis e contexto cultural de cada região, é sabido que restrições legais não impedem sua ocorrência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou estimativas globais e regionais da incidência do aborto e suas consequências nos últimos 15 anos, e calculou a ocorrência estimada de 19 milhões de abortamentos inseguros pelo mundo, com 68.000 mortes anualmente (10). As menores taxas reportadas foram na Europa Ocidental (12 para cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos), onde as leis são as menos restritivas; e as taxas mais altas foram encontradas na América Latina (39 para cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos), cujas leis estão entre as mais restritivas (10).

Na esfera nacional, considerando-se apenas dados de hospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS), as estimativas do número total de abortos inseguros no Brasil, por ano, variam de 750 mil a 1,5 milhão (11, 12). Uma pesquisa populacional realizada através de técnica de urna, encontrou que uma em cada cinco mulheres brasileiras realizara pelo menos um aborto ao final de sua vida reprodutiva (13).

O aborto inseguro está entre as cinco causas mais frequentes de morte materna e foi responsável por uma a cada sete ou oito mortes maternas no ano de 2008 (14). Outro estudo mostrou que a taxa de admissão hospitalar para complicações de aborto induzido de maneira insegura chegou a 7,7/1000 mulheres por ano na América Latina e Caribe (15).

Além do aspecto das leis restritivas levarem a maiores taxas de abortos inseguros (16), outras razões contribuem para o seu aumento, como a estigmatização da mulher que aborta até questões sociais, de gênero e religiosas. A literatura mostra que é o cenário de restrição legal, estigmatização social e desaprovação generalizada ao aborto que se constitui em grande perigo para o bem-estar da mulher que aborta. (17)

Apesar de a Constituição Brasileira contemplar a legalidade do aborto para os casos de estupro desde 1940, as ações no âmbito das políticas públicas para viabilizar o acesso das mulheres ao seu direito progrediu lentamente. Somente em 1989 foi implantado o primeiro serviço de interrupção legal na cidade de São Paulo (18,19) e, em 1998, o Ministério da Saúde publicou a primeira Norma Técnica (NT) (20) com orientações para a

organização de serviços de atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual (VS), incluindo a interrupção legal de gestação.

A NT publicada mais recentemente pelo Ministério da Saúde (21), além de reeditar a padronização do atendimento emergencial de mulheres vítimas de VS nas primeiras 72 horas após evento com objetivo de acolhimento, administração de anticoncepção de emergência (AE), profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), virais e bacterianas, também normatizou os procedimentos para a interrupção legal nos casos de gestação decorrente de estupro com acompanhamento de equipe multidisciplinar, tendo em vista os cuidados social, psicológico e físico da mulher que sofreu VS.

Desde 1998 em todo o território nacional criaram-se alguns centros públicos de referência para atenção às mulheres que sofreram VS, com a proposta de cumprir a normatização do Ministério da Saúde, inclusive a atenção à interrupção legal de gestação; e, nos últimos anos, foram feitos novos esforços por parte da administração pública no sentido de aprimorar e estabelecer novas diretrizes para o atendimento às vítimas de VS. Esses decretos visaram a garantir o atendimento humanizado por parte das equipes médica e multiprofissional na área da saúde e dos profissionais da segurança pública (22), bem como definir regras para o funcionamento dos serviços de atenção às vítimas de VS no âmbito do SUS.

Em agosto de 2013 (23), o atendimento a vítimas de VS tornou-se obrigatório em todos os hospitais da rede SUS, entendendo que são instituições de saúde que funcionam em regime de 24 horas para emergências e internações. Além disso, foram propostas políticas públicas de ampliação e

integração dos serviços de atendimento e acolhimento de mulheres em situação de violência através do Programa da Mulher, com 1. a criação das “Casas da Mulher Brasileira”, que deverão ser espaços públicos onde se concentrarão os principais serviços especializados e multidisciplinares de atendimento às mulheres em situação de violência; 2. a ampliação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180; e 3. a promoção de campanhas continuadas de conscientização do enfrentamento à violência contra a mulher (24).

Mais recentemente, foi determinado que o atendimento a pessoas em situação de violência deve ser realizado em todos os estabelecimentos integrantes da rede SUS, incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento. Além disso, foi ampliada a organização dos “Serviços de Referência” para “Atenção Integral” para atendimento às situações de violência sexual. O atendimento realizado em “Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei” foi ampliado para os hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e conjunto de serviços de urgência não hospitalares. (25). Foi ainda estabelecida no SUS remuneração diferenciada pelo atendimento multidisciplinar de pessoas em situação de violência e para o atendimento das interrupções de gestação por motivo de VS. (26)

A importância dessas medidas é inquestionável para facilitar e tentar garantir o acesso ao atendimento adequado e ao direito das mulheres, uma vez que é conhecida a dificuldade dos estabelecimentos públicos de saúde na prestação do cuidado de emergência após VS e, em especial, nas situações de

interrupção legal de gestação. Exemplo disso foram os resultados encontrados por um estudo nacional realizado em 2012, que buscou traçar o perfil dos serviços públicos de atendimento à VS e descreveu que dos 1.395 estabelecimentos que referiram atender mulheres e crianças vítimas de VS, apenas 8% seguiam protocolos baseados na NT. Ainda, entre os 874 hospitais e prontos-socorros de adultos, somente 30% referiram realizar a interrupção legal para os casos de estupro, 37% para os casos de risco de vida da mulher e 26% para os casos de malformação fetal incompatível com a vida. No entanto, apenas 5,6%, 4,8% e 5,5%, respectivamente, haviam efetivamente realizado pelo menos um procedimento específico nos 10 a 14 meses que antecederam à pesquisa (27).

O fato de os serviços não atenderem às solicitações de interrupção legal de gestação se deve a vários motivos; entre eles, a falta de informação das próprias mulheres e dos provedores de saúde sobre os direitos da mulher à interrupção legal decorrente de VS. (28,29)

Sabe-se que a AE tem alta eficácia para prevenir gestações indesejadas, e sua administração faz parte do protocolo de atendimento à mulher vítima de VS (21). Quando administrada nas primeiras 72 horas após a VS sua eficácia é de 75%, e aumenta para mais de 95% se for tomada nas primeiras 24 horas após a VS. Entretanto, inúmeras mulheres não a utilizam por vários motivos: não procuram ajuda ou chegam tardiamente aos serviços, ou ainda, os serviços não cumprem os procedimentos da NT ou não possuem os insumos para distribuição à população.

O Ambulatório de Atenção Especial na Área de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP tem acompanhado mulheres que engravidaram após violência sexual desde 1994, e prestado atendimento à cerca de 10 a 20 solicitações de interrupção legal decorrente de VS, anualmente. Dados de registro deste serviço, não publicados, mostraram que cerca de 60% das mulheres que solicitaram a interrupção legal entre os anos de 1994 e 2012 optaram por ela. Em torno de 20% a 25% das solicitações foram contraindicadas pela equipe por incompatibilidade de dados ou nos casos de gestação avançada (20 semanas ou mais); em torno de 10% das mulheres não continuaram a avaliação e descontinuaram no serviço, e 10% assumiram a gestação e chegaram a termo, com ou sem a doação da criança após o parto. Para esses casos foi disponibilizado o serviço de pré-natal e o apoio psicossocial à gestante.

A porta de entrada para o atendimento de emergência prestado pelo Serviço de Atenção Especial é o pronto-atendimento do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti -, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP. Após a chegada ao pronto-socorro, a mulher é atendida pela equipe de enfermagem, que colhe a história da VS e administra as profilaxias de DST e anticoncepção de emergência, conforme prescrição médica. Se a chegada ao pronto-socorro acontece em horário comercial, as equipes de assistência social e psicologia também prestam atendimento inicial; caso contrário, esses atendimentos serão realizados no primeiro dia útil ou na primeira consulta ambulatorial, em torno de 15 a 20 dias após o atendimento de emergência.

Uma vez inserida no atendimento do Ambulatório, a mulher terá retornos agendados em 45, 90, 120 e 180 dias, a contar do dia da VS, período importante para a verificação completa dos testes sorológicos e para o restabelecimento emocional, social e físico da mulher. Ao longo desses seis meses, é oferecido atendimento multidisciplinar composto por enfermeira, assistente social, psicóloga, psiquiatra e ginecologista; sempre que necessário há possibilidade de agendamento de novos retornos de acordo com a avaliação específica de cada membro da equipe.

Para os casos de gravidez decorrente de VS, o fluxo tende a ser um pouco diferente. Em geral, as mulheres que engravidaram não utilizaram AE e/ou não buscaram atendimento nos serviços de saúde logo após a VS. As solicitações de interrupção legal de gestação no CAISM são atendidas primeiramente pelas equipes de assistência social ou psicologia assim que procuram o hospital, o objetivo é acolher a gestante e coletar dados da violência e histórico da gravidez. A ultrassonografia é realizada para determinar a idade gestacional e a mulher comparece ao Ambulatório de Atendimento Especial, em dia subsequente, para entrevistas da equipe multiprofissional e exame médico ginecológico. Após isso, a solicitação de IL e a condição física e psíquica da gestante são discutidas em reunião da qual participam os membros da equipe e a Diretoria Clínica da Instituição. Este formato de atendimento segue as resoluções da Portaria 1.508 do Ministério da Saúde (30), que normatizou em setembro de 2005 os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

O tempo de espera pela resposta à solicitação depende da clareza de informações e do desejo expressado pela mulher, da opção própria pela interrupção livre de dúvidas de qualquer natureza, bem como da compreensão e avaliação da equipe. Em algumas situações, quando é necessário maior tempo para os questionamentos e a definição da decisão da mulher, e desde que haja tempo gestacional disponível (antes de 20 semanas), novas entrevistas são agendadas. Em geral, a resposta à solicitação de IL varia em torno de 1 a 7 dias.

A busca das mulheres pelos serviços de referência para atendimento de emergência após VS ainda é pequena quando comparado ao número de mulheres que são vitimizadas diariamente e que supostamente podem engravidar. Dados nacionais indicaram que, no ano de 2011, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde registrou que 37.717 mulheres, entre 20 e 59 anos, foram vítimas de algum tipo de violência no Brasil. Entre as principais agressões notificadas, destacou-se a física, com 78,2% das notificações, seguida por violência psicológica (32,2%) e sexual (7,5%) (31).

No entanto, o número de mulheres que sofre VS é estimado ser bastante superior, devido à alta taxa de subnotificação (32). Segundo estudo de revisão sistemática publicado pela OMS a respeito das estimativas globais e regionais da violência contra a mulher, 35% da população mundial de mulheres já experienciaram algum tipo de violência física e/ou sexual por parceiros ou desconhecidos, sendo que 7% delas foram vítimas de violência sexual por desconhecidos (33). Devido a isso, o número de mulheres expostas à gravidez

indesejada é provavelmente maior do que aquelas que de fato procuram algum serviço para notificação e/ou resolução da gestação.

A gestação decorrente de violência sexual é uma das razões pelas quais mulheres procuram realizar um aborto (34). Outros motivos para abortar uma gestação indesejada são desconhecimento ou dificuldade de acesso a métodos contraceptivos, falha de método contraceptivo, falta de condição financeira, interferência em projetos pessoais e/ou profissionais, não ter relação estável com parceiro e falta de apoio social (35).

Em geral, estudos sobre abortamento têm sido realizados em países onde o abortamento é permitido e o acesso institucional é fácil. Existem estudos de revisão em literatura sobre as conseqüências psicológicas do abortamento, entre elas a depressão, psicose e síndrome do estresse pós-traumático, que mostram algumas diferenças nos resultados. Entretanto, tem sido descrito que a freqüência e a severidade das alterações psicológicas são maiores entre as mulheres que desejam abortar e não conseguem, e também para as crianças que nascem de gravidez não desejada, na qual o aborto foi negado (36,37,38).

A maior parte dos estudos mostra que mulheres que apresentaram depressão após um aborto induzido correspondiam àquelas que já apresentavam mesmo quadro antes do abortamento, assim como aquelas que não decidiram abortar por si mesmas, mas foram obrigadas por outras pessoas, particularmente por seus companheiros (38). Também foram descritos sintomas depressivos entre mulheres que interromperam uma gravidez desejada após a descoberta de defeito genético fetal grave (39). As complicações psicológicas

podem ser maiores quando a mulher faz parte e/ou vive em ambiente cultural ou religioso em que o aborto não é aceito (40, 41, 42).

Assim, não existe consenso na literatura a respeito das consequências do aborto para a saúde mental das mulheres. Enquanto alguns estudos associaram como consequências sintomas de depressão (43, 44, 45), ansiedade (46,47), uso de substância lícita e/ou ilícita (43, 45) e comportamento suicida (43); outros estudos não encontraram nenhuma evidência de associação entre aborto e problemas de saúde mental (48, 49, 50, 51).

As revisões atuais sobre o tema mantêm as opiniões divididas. Por exemplo, em artigo de revisão publicado por Coleman em 2011 (52), os resultados mostraram que mulheres que se submeteram ao aborto tiveram 81% de aumento de risco para problemas de saúde mental, sendo que aproximadamente 10% da incidência de problemas emocionais foram atribuídos diretamente à experiência do aborto. Em contrapartida, a revisão sistemática (53) preparada pela Academy of Medical Royal Colleges (AMRC) e National Collaborating Centre for Mental Health no mesmo ano (2011) concluiu que as taxas de problemas de saúde mental para as mulheres com gravidez indesejada são as mesmas para as que abortam e para as que levam a gestação indesejada a termo.

Deve-se levar em conta que no caso das mulheres que se submetem ao aborto no contexto de uma gravidez decorrente de VS, a situação dos agravos à saúde mental tende a ser mais delicada (54). A literatura mostra que entre as principais consequências da vitimização para a vida da mulher estão o transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, dores crônicas,

somatizações, abuso de álcool e drogas, contaminações por DST e gravidez indesejada (33). Segundo revisão da OMS (33), mulheres vítimas de violência por desconhecidos têm chance 2,3 vezes maior de fazer uso abusivo de álcool e 2,6 vezes de experienciar sintomas de depressão ou ansiedade.

Esse cenário mostra a complexidade do tema para a vida das mulheres. Segundo revisão publicada por Major et al (49), a experiência do aborto é muito variável, uma vez que a situação que leva uma mulher a procurá-lo é sempre individual e inserida em sua história pessoal. Muitas vezes a idade e ciclo de vida das mulheres variam, bem como a etnia e cultura de cada uma delas, seus ditames morais e religiosos, todos são fatores que influenciam na maneira como essa experiência será enfrentada pela mulher.

No Brasil existem poucos estudos que procuraram explorar os significados e as experiências das mulheres em relação à interrupção de gestação (55, 56, 57, 58). Até o momento, o CAISM não havia abordado como tema de estudo a situação de mulheres que solicitaram interrupção legal de gestação por violência sexual. Essa lacuna na compreensão das experiências vividas pelas mulheres, em relação à IL e de suas necessidades durante o processo e em longo prazo, dificulta ações de melhoria na qualidade da atenção e do cuidado. Este estudo foi desenvolvido com o intuito de compreender melhor as questões que perspassam a busca da IL de gestação por mulheres que chegam ao serviço e seus percursos até a chegada; os pensamentos e sentimentos das mulheres antes, durante e após a solicitação e a realização ou não da IL; conhecer as mudanças ocorridas em suas vidas após esta vivência; explorar os significados da gestação e da interrupção; e a opinião

das mulheres a respeito de fatores que ajudaram ou dificultaram a elaboração desta experiência.

Neste momento em que os serviços do SUS devem se adequar para o atendimento a vítimas de violência, conhecer as necessidades e dificuldades das mulheres que vivenciaram a situação de solicitação de IL poderá ajudar na capacitação de recursos humanos e sensibilizar os profissionais de saúde que realizarão esses atendimentos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as vivências de mulheres que sofreram violência sexual, engravidaram em consequência desta violência e solicitaram aborto legal no CAISM-UNICAMP, em relação à tomada de decisão, ao resultado dessa solicitação e à retomada da vida após a experiência vivida nesse processo.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Descrever as vivências das mulheres em relação à tomada de decisão pela interrupção da gestação e ao resultado da solicitação do aborto legal;

2.2.2. Investigar as vivências das mulheres que interromperam a gestação, antes, durante e após o processo;

2.2.3. Avaliar as vivências das mulheres às quais foi negada a interrupção legal da gestação, durante e após o processo;

2.2.4. Avaliar aspectos do relacionamento interpessoal das mulheres com o companheiro, com filhos, família e amigos, durante e após a solicitação de interrupção de gestação e após o término da gestação;

2.2.5. Avaliar o papel da religião na tomada de decisão de solicitar o aborto legal e após o término da gestação.

3. RESULTADOS

CSP

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA
SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Rua Leopoldo Bulhões 1480
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55-21) 2598-2511
Telefax: (+55-21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.enesp.fiocruz.br/csp

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2014.

Ilma Sra.
Dra. Carolina Leme Machado

Em nome do Conselho Editorial de **Cadernos de Saúde Pública**, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Arlete Maria dos Santos Fernandes, Maria José Duarte Osís & Maria Yolanda Makuch, intitulado "*Gravidez Após Violência Sexual: Vivências de Mulheres em Busca da Interrupção Legal*" foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

EDITORAS
EDITORS
Marília Sá Carvalho
Claudia Travassos
Cláudia Medina Coeli

EDITORES ASSOCIADOS
ASSOCIATE EDITORS
Paulo Marchiori Buss
Maria Cristina Marinho Calvo
Sueley F. Deslandes
Bernardo Lessa Horta
Jorge Alberto Bernstein Iriart
Gilberto Kac
Claudia de Souza Lopes
Mônica Silva Martins
Enirtes Caetano Prates Melo
Jorge Mota
Hillegonda Maria Dutilh Novaes
João Arriscado Nunes
Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro
Iná S. Santos
Ricardo Ventura Santos
Mário Scheffer
Antônio Augusto Moura da Silva
Carlos Eduardo Siqueira
Reinaldo Souza Santos
Lígia Maria Vieira da Silva
Wayner Vieira de Souza
Guilherme Loureiro Werneck

EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO
REVIEW EDITOR
Edison Iglesias de Oliveira Vidal

EDITOR DE QUESTÕES
METODOLÓGICAS
METHODOLOGICAL ISSUES EDITOR
Antonio Guilherme Pacheco
Michael Reichenheim

EDITORA DE RESENHAS
BOOK REVIEW EDITOR
Martha Cristina Nunes Moreira

EDITORES ASSISTENTES
ASSISTANT EDITORS
Leandro Carvalho
Marcia Pietrukowicz
Carolina Ribeiro

EDITORA ADMINISTRATIVA
ADMINISTRATIVE EDITOR
CARLA ALVES

Marília Sá Carvalho
Editora

Claudia Travassos
Editora

Cláudia Medina Coeli
Editora

**Artigo 1 - Gravidez Após Violência Sexual: Vivências De Mulheres Em Busca Da
Interrupção Legal**

Machado CL, Makuch MY, Osis MJD, Fernandes A.

RESUMO

No Brasil, a realização de interrupção legal (IL) de gestação consequente à violência sexual (VS) é permitida por lei. O objetivo deste estudo foi conhecer as vivências de mulheres após a VS, no diagnóstico da gravidez, na busca por serviço de IL e durante a internação em um hospital universitário. Foi realizada pesquisa qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com 10 mulheres atendidas em serviço de referência, de 18-38 anos e escolaridade ≥ 8 anos, após 1-5 anos da IL. As mulheres sentiram a VS como experiência vergonhosa, mantiveram segredo e não procuraram qualquer atendimento imediato. O diagnóstico da gravidez provocou sentimentos de angústia e desejo de abortar. Desconheciam o direito à IL. Para as mulheres que procuraram primeiramente o setor privado de saúde as orientações foram precárias ou não aconteceram. O atendimento dos profissionais na enfermaria do serviço de referência mostrou-se relevante para elaboração da vivência da IL. É necessário divulgar o direito a IL e a existência de serviços que o realizam, e capacitar profissionais de saúde e segurança pública para atender esses casos.

Palavras chave: aborto induzido, aborto legal, violência sexual, estupro.

ABSTRACT

In Brazil, legal interruption of pregnancy (LI) consequent to sexual violence (SV) is permitted by law. The aim of this study was to report experiences of women after SV, in the diagnosis of pregnancy, in the search for the LI service and during hospitalization in a university hospital. Qualitative research was conducted with semi-structured interviews in 10 women, 18-38 years old and ≥ 8 years schooling, were interviewed between 1 to 5 years after the LI. Women were unaware of the right to LI, felt the SV as shameful experience, kept it secret and didn't seek any immediate care. The diagnosis of pregnancy caused feelings of anguish and desire to abort. For those women who sought the supplementary health care sector, the referrals and orientations were either poor or did not happen. The health care team service showed to be relevant for women to assimilate the experience of abortion. It is necessary to promote the right for LI and the existence of services that perform it, and train health care and public safety professionals to being able to handle these cases.

Key words: Induced abortion, legal abortion, sexual violence, rape.

INTRODUCTION

A violência sexual é problemática de saúde pública global e suas principais vítimas são as mulheres¹. 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^{2,3,4}; 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 através de Norma Técnica⁵. O atendimento emergencial, nas primeiras 72 horas após a violência, tem por objetivo acolhimento e administração de anticoncepção de emergência (AE) 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 AE⁶. Entretanto, para as falhas da AE e para mulheres que não procuram o atendimento de emergência, a gestação indesejada pode ocorrer.

A Norma Técnica também prevê atendimento às mulheres que solicitam interrupção legal (IL) de gestação nos casos de gravidez decorrente de estupro, situação prevista através do Código Penal Brasileiro desde 1940⁷. 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 lei⁸. 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 a IL pelo motivo de VS^{9, 10}. Estudo que buscou traçar o perfil dos serviços públicos de

atendimento à VS descreveu que, dos estabelecimentos que declararam realizar 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 pesquisa¹¹.

Portanto, as mulheres que engravidam após VS podem ter grande dificuldade para obter a IL 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 de gestação deve ser aprimorado. O objetivo deste estudo foi conhecer as vivências de mulheres após a VS, no diagnóstico da gravidez, na busca por serviço de IL e durante a internação em um hospital universitário.

METODOLOGIA

O estudo foi qualitativo, realizado a partir do referencial metodológico da *Grounded Theory*¹², por entender que isso possibilitaria identificar e categorizar os aspectos relevantes da experiência vivenciada pelas mulheres que buscaram atendimento para IL em serviço de referência. Para coleta dos dados realizaram-se entrevistas semiestruturadas, utilizando roteiro próprio após processo de aculturação¹³, que se deu através da realização de uma entrevista com uma mulher que havia realizado IL 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 utilizado critério de saturação de informação para determinação do tamanho amostral¹⁴.

O estudo foi realizado no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti-CAISM, Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brasil; que mantém serviço

de atendimento de emergência após VS e interrupção legal de gestação por motivo de VS desde 1994, seguindo os procedimentos da Norma Técnica do Ministério da Saúde⁵. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (com registro 767/2009), foi financiada pela FAPESP e todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídas mulheres com idade ≥ 18 anos, que solicitaram e realizaram a interrupção legal de gestação decorrente de VS, há pelo menos 12 meses. Foram excluídas as mulheres com deficiência cognitiva e/ou com antecedentes psiquiátricos graves. Foram revisados 66 prontuários de mulheres que solicitaram IL no período de 2006 a 2011, das quais 37 haviam realizado a IL, e dentre elas, 28 preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa; 9 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 dez 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 IL, a mulher é entrevistada por todos as especialidades que compõem a equipe, e são orientadas a optar, elas próprias, pelo direito que desejarem exercer: direito a IL, direito ao acompanhamento de pré-natal com equipe multidisciplinar no serviço e direito a deixar a criança para adoção após o parto.

Após a decisão da mulher pela IL, é realizada reunião entre os profissionais da equipe multiprofissional, 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 e situação psicossocial e física da mulher, sendo que a resposta à solicitação depende de

consenso unânime 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 tiveram média de duração de 60 minutos e foram realizadas em local escolhido pela entrevistada, em geral, em sua própria residência ou em local externo (clínica privada). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e os respectivos textos foram inseridos no programa *The Ethnograph* versão 6.0 (Qualis Research, Colorado, USA), para a análise.

Todas as entrevistas, transcrições e categorização dos dados foram realizadas pela mesma pesquisadora, após discussões e releituras das demais pesquisadoras. Foram identificadas categorias de análise relacionadas aos objetivos do estudo, a partir das quais foi realizada análise de conteúdo temático¹⁵. Neste artigo são apresentados 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 a IL, 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 através 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.

Tabela 1- Características socioeconômicas e ano da IL 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

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 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 10 mulheres, nove estavam empregadas antes do procedimento. O tempo decorrido desde a IL 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 VS foi muito impactante e comprometeu sua capacidade de buscar qualquer forma de ajuda. O principal desejo após vivenciar a VS foi o de não divulgar a situação sofrida e, com isso, fazer com que o evento fosse esquecido. Apenas uma das entrevistadas procurou a rede privada de saúde imediatamente após a VS, 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 VS, 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 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 informado 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 suas vidas. Embora desconhecessem o direito legal à interrupção da gestação por motivo de VS no

país, os relatos mostraram que a sensação das mulheres nesse 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 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 da 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 contatou 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 a partir do atendimento do 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 descobriram a gravidez de forma solitária através 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 VS e que se disponibilizaram a buscar e fornecer informações, também através de busca pela 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 secretaria 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 da 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 da interrupção de 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 profissionais da equipe multiprofissional foi bastante citado pelas mulheres como desgastante, embora todas tenham expressado compreender a importância dessa avaliação. O tempo de espera pelo parecer da equipe multidisciplinar foi marcado por ansiedade e medo da solicitação de IL 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 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 isso foram muito ressaltados. O componente que mais trouxe prejuízo emocional para ambas foi terem percebido 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 de interrupção de 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 da equipe multidisciplinar. Seis mulheres referiram que ir ao retorno significaria ter que 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 estudo mostraram que a experiência da gravidez decorrente de VS e da IL é complexa e produz marcas persistentes na vida das mulheres. A atitude delas de não procurar ajuda imediatamente após o abuso se deveu, 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 nessa situação. As vivências do momento do diagnóstico da gravidez evidenciaram claramente a falta de informações sobre o direito à IL.

A VS é amplamente apontada como condição traumática para a vida das mulheres, sendo precursora de sintomas de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, aumento de uso de substâncias, disfunções sexuais e dores crônicas, entre outros³. Dessa forma, as atitudes das mulheres de silenciarem sobre o que lhes ocorrera e a não procura de ajuda pode estar ligada a estados emocionais comprometidos por conta da VS. Além disso, o padrão das relações de gênero em nossa sociedade tende a responsabilizar a mulher que sofre violência sexual como provocadora/culpada dessa situação em vista de algum comportamento ou atitude classificada como imprópria¹⁶.

Ao mesmo tempo, o desconhecimento a respeito da existência do serviço de referência para atendimento às mulheres que sofrem VS 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 VS e engravidam levam-nas, portanto, a se exporem a graves riscos para sua saúde física e mental. As mulheres relataram tentativas de solucionar a gestação indesejada sem ajuda médica e até procurar por um aborto clandestino, independente de suas condições financeiras, mostrando atitude de desespero e

de desconhecimento acerca do direito a IL, e da existência de serviços de referência para atendê-las. Isso é contraditório em relação às políticas públicas que tratam dessa questão, e já tem sido apontado por outros autores^{17,18} e requer ações de divulgação para que as mulheres saibam que devem e onde podem procurar ajuda imediata se sofrerem VS.

Por outro lado, os resultados também permitiram verificar sintonia da rede pública de saúde do município com a política pública de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, normatizada desde 1998^{5, 19}, 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 a partir dos serviços privados de saúde ou a partir de delegacias, o acesso à informação foi precário.

Em relação a isto, deve-se levar em conta que o Município de Campinas é diferenciado em relação à divulgação de informação e treinamento no atendimento a mulheres vitimas de VS, pois conta com o programa Iluminar Campinas²⁰ – Cuidando das vítimas de violência sexual, lançado em 2001 pela Secretaria Municipal de Saúde desse Município 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 a assistência à saúde; que recebeu em 2005 o prêmio de destaque no Ciclo de Premiação de Gestão Pública e cidadania da Fundação Getúlio Vargas – SP.

No entanto, esta não é a realidade da maioria dos Municípios brasileiros. Estudos têm mostrado a persistência do desconhecimento da legislação brasileira em relação ao aborto²¹ entre os profissionais de saúde, situação que propicia o surgimento de posturas inadequadas diante das mulheres e que dificultam o acesso a IL. Infelizmente, situação

semelhante também se verifica, 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 sexual²².

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 tema polêmico e enfrenta barreiras religiosas, políticas e de conflitos éticos e provavelmente a implantação de atendimento adequado esbarra nessas questões^{23,24}.

Os resultados deste estudo mostraram que, apesar do aborto ter sido sentido pelas mulheres como a melhor solução para suas vidas, também foi momento de ambivalência, vivenciado de maneira também 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^{25,26}.

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. Esta ideia está apoiada numa construção que mescla os valores atribuídos à sexualidade e a reprodução e reflete as mesmas crenças que orientam as relações de gênero e os valores atribuídos a cada sexo²⁷. 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 este tipo de atendimento, que fica dividida entre a promoção do direito da mulher e as concepções morais e religiosas²⁸. Estudos com profissionais da saúde que atuam em serviços de interrupção de gestação mostraram que em muitas situações o profissional sente-se despreparado emocional e tecnicamente para lidar com esses casos^{29,30}.

O aborto é uma questão que exige elaboração emocional e não é 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 VS. É possível que esse mecanismo possa justificar a alta taxa de ausência aos retornos agendados para revisão no serviço de referência.

Claramente, 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 dessa 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 dessa experiência pelo medo da desaprovação^{31,32}.

É preciso que os profissionais que atendem a mulheres antes e após a IL, 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 oferecer capacitação para aqueles que trabalham com essas questões em seu cotidiano^{17,33}.

Os resultados deste estudo mostraram que o amparo necessário para as mulheres que necessitam da IL por motivo de VS 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 da gestação decorrente de VS, da área da saúde ou da segurança pública, necessitam reflexionar a respeito da impessoalidade do problema e da garantia aos direitos humanos. As atitudes dos profissionais de saúde durante o cuidado certamente poderá tornar a vivência do aborto menos sofrida, traumática e permanente para as mulheres.

REFERENCES

1. Krug EG e cols. 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. WHO, 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
4. Favarelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry*, 2004; 161: 1483-5.)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Acessado em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.
6. Choi DS et al. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med*, 2013 Sep; 40 (3): 126-30.
7. Brasil. Decreto-Lei N° 2.848 de 7 de setembro de 1940. Art 128. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Acessado em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.
8. Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal — perguntas e respostas / Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero [Organizador]. — Brasília: LetrasLivres, 2012. Acessado em: <http://www.anis.org.br/arquivos/pdf/AbortoLegal.pdf>

9. 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, Rio de Janeiro, 20(3):679-688.
10. 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; Mar; 10(1): 6-18.
11. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Revista Femina* 2012; Novembro-Dezembro, vol 40, n6.
12. Bowen GA. Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods* 2006, 5(3).
13. Turato, ER. Tratado de metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Editora Vozes. 2003.
14. Mason M. Sample size and saturation in Phd Studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research* 2010, September, 11(3), art8. Acessado em 11/2013: <http://www.qualitative-research.net/>.
15. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
16. 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(1):31-39.
17. Oliveira EM et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (3): 376-82.

18. 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(2): 465-469.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
20. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>.
21. Cacique DB, Passini Junior R, Osis MJD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. Saúde Soc. São Paulo, 2013, v.22, n.3, p.916-936.
22. Osis MJD, Pádua KS, Faúndes A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. Enfrentamento da violência pela saúde. 2013 vol 14, n 3.
23. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev. Bioét. [serial on the Internet]. 2013 Dec; 21(3):494-508.
24. Anjos KF, Santos VC, Souza R, Eugênio BG. Aborto no Brasil: a busca por direitos. [Internet]. Revista Saúde e Pesquisa. 2013;6(1):141-52. (acesso set. 2014). Disponível:<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/2698>
25. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion- a feminist perspective. Scan J Caring Sci; 2004, 18, 160-168.

26. 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 Jun;43(2):103-9.
27. Porto D. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. *Revista Redbioética/UNESCO*, año 2, 1(3), 55-66, enero-junio 2011.
28. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao interrupção legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Supl 2:S399-406.
29. Farias RJ, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de interrupção legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012, 17(7):1755-1763.
30. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cien Saude Colet*. 2011 Mar;16(3):1943-52.
31. Stigma, Abortion and Disclosure- Findings from a Qualitative Study. Astbury-Ward E. et al. *J Sex Med* 2012; 9:3137-3147.
32. Hosseini-Chavoshi M, Abbasi-Shavazi MJ, Glazebrook D, McDonald P. Social and psychological consequences of abortion in Iran. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Sep;118 Suppl 2:S172-7.
33. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc* 2011. São Paulo, 20 (1), 124-135.

15-Dec-2014

Dear Mrs. Machado:

Your manuscript, "Experiences of Brazilian women who got pregnant after sexual violence and underwent legal abortion", has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Journal of Women's Health.

Your manuscript ID is JWH-2014-5168.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/womenshealth> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/womenshealth>.

Thank you for submitting your manuscript to Journal of Women's Health.

Sincerely,
Journal of Womens Health Editorial Office
Millie S Becker, MPH
Editorial Coordinator

Ensure you stay informed. Register to receive email alerts for the Journal(s) that are critical to advancing your work: www.liebertpub.com/liebertconnect (copy/paste the link into your browser).

**Artigo 2 - Experiences Of Brazilian Women Who Got Pregnant After Sexual Violence
And Underwent Legal Abortion**

Machado CL, Makuch MY, Osis MJD, Azevedo RCS, Fernandes A.

Abstract

Introduction: Brazilian law ensures legal abortion (LA) in cases of pregnancy resulting from sexual violence (SV). The impact of the abortion in the life and mental health of women has motivated studies with controversial results. **Objectives:** to know the experiences of women who suffered SV, got pregnant and underwent LA in referral service in Campinas, São Paulo, Brazil. **Methods:** Exploratory qualitative study based on semi-structured interviews conducted with women selected through purposeful sampling. Interviews were recorded, transcribed and thematic analysis of content was performed with the aid of The Ethnograph V6.0 program. **Results:** 10 women between 18 and 38 years old, with schooling ≥ 8 years, were interviewed 1-5 years after LA. Participants reported that the discovery of pregnancy was despairing, the desire of abortion was immediate and the possibility of LA brought expectation and hope. They felt shock, fear, despair and shame after LA. Having Catholic religion and seeing the fetus during the procedure were pointed as hindering elements of this experience. After LA, feelings of relief, emptiness and sadness were reported. In the long term, there was no regret regarding the decision, however, feelings of guilt and difficulties in resuming their religious practices appeared. **Conclusion:** women undergoing LA of pregnancy due to SV suffer emotional impacts and revealed that moral and religious sanctions made them unable to share the pain, and feelings of guilt and empty with others.

Key words: sexual violence, pregnancy, legal abortion, Brazil.

Introduction

The situation of abortion varies according to the laws and cultural context of society; and its implications for women's lives are quite linked to the social, cultural and religious representations of each country¹⁻³. The experiences of unwanted pregnancy, abortion and its consequences on women's mental health have motivated studies with controversial results. Some studies observed association between abortion history and development of symptoms such as depression⁴⁻⁶, anxiety⁷⁻⁸, use of psychoactive substances⁴⁻⁶ and suicidal behavior⁴ while other studies found no evidence of association between abortion and mental health problems⁹⁻¹³.

In Brazil, abortion is a crime, except for situations of risk to a woman's life, rape and/or incest, permitted since the Constitution of 1940¹⁴ and, more recently, in pregnancies with anencephalic fetuses¹⁵. The Brazilian public health sector has standardized emergency care for victims of sexual violence (SV) since 1998 in order to, within the first 72 hours, provide emergency contraception and prophylaxis for viral and bacterial STDs. Public health services should also provide services that perform legal abortion of pregnancy (LA) for women who become pregnant as a result of the SV¹⁶. However, although required by law, women's access to abortion is still difficult. According to a research that sought to describe the care services for SV offer at 874 public hospitals with conditions to perform termination of pregnancy procedures, showed that 30.6% declared to provide the service for pregnancies resulting from sexual abuse and only 5.6% had received at least one procedure in a period of 14 months¹⁷.

The restrictive laws and the sociocultural characteristics of the Brazilian population, marked by religious perspectives with a Christian majority and differences in gender relations, contribute to a negative view of society on the issue of abortion and hamper the

search for institutional help for women, as well as maximizing their suffering during and after the decision for the LA^{18,19}.

Considering the scarcity of studies on the subject and the necessity for information that may contribute to the care of women who underwent a situation of SV and are seeking institutional help for LA, this study aimed to evaluate the experiences of women who underwent LA before, during and after the request of LA; the life changes referred by them after the procedure and their opinions regarding the elements that interfered in their experience with LA.

Subjects and Methods

The study was conducted at the Department of Obstetrics and Gynaecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil. The project was approved by the University's Institutional Review Board, and all the women enrolled signed an informed consent form.

The Woman's Hospital Prof. Dr. Jose Aristodemo Pinotti is public and university teaching service located in southeastern São Paulo State, Brazil. The Division of Gynaecology has been dispensing care to women who became pregnant after sexual violence for 20 years with an average of 15 requests of LA annually.

A qualitative exploratory study based on semi-structured interviews was conducted. Participants were selected according to the logic of purposeful sampling and the strategy was maximum variation sampling^{20,21}. Women who were ≥ 18 years of age, requested and performed LA of a pregnancy resulting from SV, with a minimum of 12 months and maximum 60 months after the procedure, were invited to participate. The criterion of temporal cutoff was chosen to ensure a minimum time to research the long term

experiences regarding LA and a maximum of five years to ensure similarities in care received by the participants. These inclusion criteria were established to ensure sample homogeneity. Women with cognitive disabilities and/or severe psychiatric history were excluded. Sample size was determined by the criteria of saturation of information²².

For the selection of participants, 63 medical records of women who requested termination of pregnancy between 2006 and 2011 were evaluated, of 37 women who had undergone LA, 28 women met the inclusion criteria, and eleven women were excluded. Telephone contact was made with 17 women, of whom 14 agreed to participate. They were provided with information on the objectives of the study and on the voluntary nature of participation.

The interviews were held in private, by appointment between 2011 and 2012. Before initiating the interview a standardized form was used to obtain information on the sociodemographic characteristics. All Interviews were conducted by the same a psychologist using an interview semistructured guide designed specifically for this study. After reaching the saturation of information, there was no need to interview other women.

Interviews were transcribed verbatim and transcripts checked for accuracy against the recordings. A thematic frame was organized based on the relevant themes regarding women's experience with decision making of LA, emotions experienced before, during and after the procedure, and the experiences and changes reported by the women as arising. During the initial phase of analysis, while reading through the interviews, these experiences were organized in a meaningful way. Subsequently the information was coded in the interviews with the aid of The Ethnograph V 6.0. program ((Qualis Research, Colorado, USA). In this study, interviews of ten women identified by fictitious names were analyzed.

Results

The women's ages ranged from 18-38 years old; gestational age, year of LA and characteristics of women are shown in Table 1.

Experiences prior to the request of the LA

Reports showed experiences of shock, fear, constant crying, despair and shame in the weeks that followed the episode of SV. The initial desire reported by women was to forget the violence suffered and silence about the episode, the belief that there would be no consequences remained.

"I came home, took a shower, I don't know how long I was in the shower, then I lay down, went to sleep, I don't know how long I slept, I just know that I woke up after almost a day. My mother was traveling and I could not let her perceive that it had happened. So I told myself - I have to get better. Then she arrived, I was smiling ... and I went on months pretending nothing had happened until the day I discovered the pregnancy". (Emma)

"I had no information and I was too embarrassed. I felt very bad. I just wanted to get home, take a shower and thought I was going to sleep, but I don't sleep ... I don't do anything, don't do anything you think you can do. But the only thing I wanted was not to tell anyone, not talk to anyone, I thought it would end there". (Mia)

The desire for the interruption of pregnancy arose immediately after the confirmation of pregnancy for all women. The reasons given by women to support the LA as the only solution to the problem of unwanted pregnancy were: the inability to justify socially paternity of the child, since they wished to keep SV in secret; the impossibility of loving the fruit of such a violent experience and the fear of the child being the living memory of SV suffered.

"Because I could not carry for the rest of my life something I did not want to have happened. Every time I would look at the child I would remember everything". (Lily)

"Because it is ... the moment it all happens, you feel like trash ... and that was how I felt. And then I thought I was not going to be able to like it, in case it would happen to go on with it, not to like it, even mistreat it. And for me, the option of interruption was, at that time, the solution". (Amy)

Experiences during the request and the interruption of pregnancy

On arrival at the referral service, the predominant experiences were of expectation and hope. Higher expectations revolved around waiting for the response of the LA request, which was marked by anxiety and fear. Many women reported that they dreaded their request be denied because they would not know what to do from that moment on. The possibility of performing the LA was felt as an opportunity to solve the problem of pregnancy and definitely forget the SV. The affirmative answer brought a sense of support and relief, and four women reported the appearance of ambivalent feelings at that moment.

"A relief. A relief, I felt ... fulfilled would not be the term, but I felt relieved."
(Sophie)

"It took a weight off my shoulders. It was as if I was locked in a place without air and suddenly a window was opened and I could breathe. When I was told that the answer was positive I breathed". (Ana)

Most women interviewed revealed the SV and the LA to friend or family member before admission, in response to requests from the hospital service itself, which requires an external reference person to contact in an emergency situation. The women said that they felt supported by the people who they had chosen to reveal what had happened. On the

other hand, in the long-term, they did not talk again about the SV and the LA with anyone, preferring to keep the experience "in oblivion".

All women interviewed reported having religion; six were Evangelical, three Catholic and one Spiritist. For none of the women was religion a crucial factor to the decision for the LA. However, the religious issue weighed on the elaboration of LA experience after the procedure, with references to feelings of guilt before God for the choice of abortion. In the interviews, hindering elements of the emotional development of the abortion process appeared: being Catholic and visualizing the fetus after the expulsion.

"Oh, I feel... is, it is difficult, because even today I can't find a justification in religion for what I did, you know? I had many reasons, but I can't find justification. So I guess I'll still be really punished for it". (Chloe-Catholic).

"I'm a Catholic and this was what weighed the most. Because that's where it generated more conflict in my head ... I barely go anymore (to the church). I went once after what happened and didn't go back, I don't feel good in there". (Lily-Catholic)

Half the women viewed the expulsion of the fetus or fetal parts, and this experience was deeply striking. All of them reported that this was the most difficult moment of the whole process, surpassed in intensity only by the experience of the SV, and this was a recurring discourse throughout the process *"... the hardest part was seeing the baby at the time of termination". (Lily)*

A woman with gestation of 18 weeks reported *"... my baby died in my arms. I could not let an innocent little baby die in a tray, alone"* (Emma). The viewing and contact with the fetus at the time of abortion seemed to increase the feeling of being responsible for the death of a baby, comment that appears frequently with interviewed women.

"... And I saw the body as soon as, I felt something coming out, and as soon as I looked, there it was. Then I started screaming, people came to help me, then I remember the body perfectly. It hurts me so much to remember that I had killed that child. It was a child and I had killed a life, but ... you can wit it and you can't live with it". (Chloe)

When asked about the experiences immediately after the LA, women showed feelings of sadness and emptiness; but they reported that did not feel regret for their decisions.

"...it is like, kind of an emptiness a bad thing, painful, because after all, it is a life, you know? But ... it's sad. I got a little messed up ...". (Ruby)

"Because it's not easy, you come out of there feeling like crap. Until the moment you are confident, you want to reach your goal and then you reach it, but you leave the place feeling empty, mainly because you are in the middle of other mothers who are there, women who are leaving with their babies in their bundles, you know what I mean? And you leave with nothing, it`s your own choice. You killed a life, you interrupted it". (Sophie)

"It's hard because you go in and you see all the pregnant women there, expecting to have and take theirs home and I went through everything and left empty-handed". (Emma)

Experiences in long-term

The experiences of SV and LA brought consequences for women's lives in the long term. Half of the interviewees, despite the time elapsed, still lived with feelings of guilt. The guilt appeared more frequently in women with feelings of deeper religiosity, for which there was persistence of the idea of "killing a child". Only three of the respondents have not changed their religious practices after the experience of the LA, the other claimed departure from the church or temple not feeling completely at ease or accepted in these environments.

The fear of being punished by God for the decision of abortion and the loss of faith in God were also experienced by the interviewees.

"I think what I did was a crime, regardless of what they did to me. You know, like, the end doesn't justify the means? So, regardless of what happened, it is my fault for having aborted. There is nothing else to say. I did something illegal before God. Then comes the guilt, you see? So I'm just supported by the law, I am free, for example, from prison, the law is on my side to protect me from this. But there is divine law, isn't there? Which doesn't ...". (Sophie)

"I think I got more skeptical. I even got to have some bad thoughts, that God doesn't exist". (Ruby)

The ambivalence of feelings remained throughout the experiment of LA. For four women, these feelings arose shortly after the approval of the procedure; for the others, ambivalence was shown in the long term, reflected in speeches in which the feelings of guilt and relief mingled all the time. The reports make it clear that there was no regret for the decision of LA. Nevertheless, painful feelings of this experience were not suppressed. Women reported as a positive element of LA, to be able to have restarted their lives and, as a negative, live with the pain of the memory of SV and LA for the rest of their lives.

"Although there are many things that hurt a lot, when I weigh why I did it and why I wouldn't do it, always weighed more why I did it". (Chloe)

"I think it'll never heal. Because, you know, with me, it has been about two years or so ... and to me it's still very recent. To me, I think it will never heal. I need some time to see if it goes away. But, I think it is a wound that will never heal completely". (Amy)

The women reported that they had become more reserved and suspicious in interpersonal relationships and had changed some habits and practices that they had come

to feel as dangerous, always correlating these changes to SV and not exactly to the LA. In the long run, the LA was felt as a painful consequence of SV, which the women wish they hadn't gone through. As the women chose to keep the experiences of SV and LA confidential, there were no reports of perceived changes in treatment to them by other people.

Decision of a new pregnancy after the experience of LA

Three women got pregnant some time after the LA; only one of them already had a child prior to the SV. The stories of these women showed that the new pregnancy was permeated by memories of the previous one, which had been interrupted. One woman described she had faced, and still faced many emotional difficulties in the relationship with her desired baby, awakened by memories and associations with the LA; the second reported having experienced feelings of intense fear of losing the desired baby throughout pregnancy and after childbirth; and third had molar pregnancy, condition in which the fetal tissues degenerate and abortion occurs. The three experiences were identified by the women as punishment the decision of having performed LA.

"... So much that my son now was planned, which was to see if I could get all of this out of my head". (Lily)

"I remembered during pregnancy that other one. Even when he was born, he was born at eight months because my water broke and he was born with a very strong moaning, the pediatrician who received him told me not to have hope, at that time I thought – God will take this boy from me because I took the other one. It was what came to mind". (Sophie)

Three other women reported feeling the desire to get pregnant again in the future, making it clear that the experience of the interruption of pregnancy had not eliminated from them the desire to be mothers.

Discussion

The experiences of the women who got pregnant as a consequence of SV who performed LA were marked by different emotions over time, and included feelings of distress and despair at the discovery of the gestation; feelings of ambivalence, hope and emptiness during the procedure; and guilt and difficulty of religious reintegration in the long-term. In addition, women reported the entire journey of these experiences in a very solitary way: SV and pregnancy were silenced, the decision for the interruption was made without help from anyone, and after some time passed, women chose to continue carrying, lonely, their stories and feelings.

The experiences and feelings experienced by the women in SV were revived in the LA, and the two situations were emotionally overlapping. The feelings of despair and shock of SV were revived in the discovery of the pregnancy, and the immediate desire to abort was also linked to the desire to erase the episode of SV and forget it. The pregnancy brought back to mind the experience of SV that they were trying to erase from their memories, and the LA was felt as the only way to remove forever the suffering of that aggression. All other possible ramifications of pregnancy seemed unimaginable to the interviewees before the fact that the child's life symbolized the SV occurred. This, therefore, may have been responsible for the women's difficulty to think about the possibility of giving the child after delivery as an option.

Women denied having regret after the decision and stated feelings of relief with the approval of the request for the LA. These results were similar to a study conducted in California, United States of America, where abortion is permitted at the request of a woman in any situation. Through questionnaires given to 5,190 women, results showed that the most recurrent feeling after abortion was relief, and that two of every five women experienced negative emotions of sadness and guilt ²³.

Feelings of ambivalence and guilt were reported by four women after LA, initially motivated by conflict between the rational desire to not want that child and the emotional weight of the decision to end a life. This result was similar to that found in a qualitative study with North American women who described the conflict reason/emotion as one of the major emotional difficulties of the abortion experience, besides the social disapproval and loss of an important emotional relationship ²⁴.

In the long term, feelings of ambivalence were more commonly reported by women with greater religious bond, mainly Catholic. These results agree with studies that described the greatest fear of judgment by peers as the most frequent cause of following the isolation and greater self-judgment for women with higher religiosity, compared to non-religious ^{13,25}.

However, even women with higher religiosity denied having feelings of regret for the decision of abortion and reinforced that they would have the same attitude if they could relive the situation. This finding was similar to that observed in previous studies ^{26, 27}. The ambivalence of feelings is not a negative split, it is a natural process in the conflict and should be seen as inherent in the painful process of the choice for abortion, which involves feelings of loss and elaboration of mourning. Losses of any order can generate feelings of grief, which are normal and unexpected reaction when a significant link is broken, it is

necessary to process psychic reorganization²⁸. The function of mourning is to provide the reconstruction of resources and facilitate an adaptation process to the changes occurred as a consequence of the losses²⁹.

It is possible that although the pregnancy was caused by SV, the women interviewed showed the existence of a link with pregnancy, although this was permeated with negative and ambivalent expectations. As a consequence of emotional coping with the loss and the grieving process, they reported feelings of sadness and emptiness immediately after abortion, results concordant with those of other studies^{30,31}.

Among the experiences described by the interviewees as a painful during the LA process, the visualization of the fetus at the time of expulsion was relevant. It was noticeable that the more advanced the pregnancy and greater clarity in the visualization of the fetus, the stronger were the emotions attached to the experience. Two factors seemed to contribute to the experience of suffering. The first was that actually viewing the fetus appeared to enhance the awareness that they were interrupting a life; this idea was mentioned by all participants. The second factor was that the vision of the fetus awakened new feelings regarding an experience that they wanted to be suppressed and forgotten, since, in the fantasy of women, the LA would be able to erase the pain of SV and to end the suffering awakened by the aggression.

The possibility of a new pregnancy came as a way to overcome the experience of LA for three respondents. These results provide reflections on facing the conflicts generated by the LA decision, not because women did not want motherhood, but due to the actual experience of SV, that the real motivation of the decision to interrupt the pregnancy. We can assume the need to "replace" the unwanted pregnancy for another, now desired and

planned. Another possibility would be to assign to the new pregnancy the power to fill the void left by the experience of the LA, as a substitution of that which was lost ³².

The report of women who decided to get pregnant again showed experiences of feelings of guilt and fear of "punishment from God" during the course of the new experience and regardless of its outcome. These feelings were assigned, by themselves, for having opted for discontinuation of previous pregnancy. The appearance of these feelings may be founded on the sense of having transgressed a moral and religious rule of not killing your neighbor, since the three were Catholic.

The complexity of the experiences of women who have suffered SV and had to resort to LA was evident. Besides the impact of the sustained aggression and its result, achieved through the pregnancy and the need to stop it, the women revealed the impact of moral and religious sanctions absorbed internally and translated in the impossibility of sharing the guilt and the emptiness. Women with gestation resulting from SV need support, not only during the LA, but also in the long term. In Brazil, there is need for the establishment of support services which are not directly linked to referral services for LA, in order to support the emotional needs of women and offer the possibility of emotional and psychosocial restructuring. On the other hand, the support to women in situations of violence and unwanted pregnancy also requires the promotion of reflections in the health, human rights and social protection field. Public campaigns focusing on the topic and promoting debates on the subject in different communities, families and religious groups, may assist in the deconstruction of prejudices and create motivation for the much needed hosting for women in situations of SV and LA, regardless of individual opinions on abortion.

Table 1 - Year, gestational age and sociodemographic characteristics of the women at the time of LA

Participant	Year of the Interruption	Gestational age (weeks)	Age (years)	Education (years)	Marital Status	Studying	Working
Sophie	2007	14	38	>8	Cohabiting	No	Yes
Ruby	2008	14	32	>8	Single	No	Yes
Chloe	2008	15	18	>8	Cohabiting	No	Yes
Lily	2008	12	19	>8	Single	Yes	Yes
Amy	2010	13	26	<8	Single	No	Yes
Lucy	2010	10	30	>8	Separated	No	No
Ana	2010	13	37	>8	Separated	No	Yes
Erin	2011	8	30	>8	Separated	No	Yes
Emma	2011	19	23	>8	Single	No	Yes
Mia	2011	8	32	>8	Single	Yes	Yes

REFERENCES

1. Hosseini-Chavoshi M, Abassi-Shavazi MJ, Glazebrook D, McDonald P. Social and psychological consequences of abortion in Iran. *Internat J Of Gynecol and Obst* 2012; 118, 2:172-177.
2. Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. Stigma, abortion and disclosure- findings from a qualitative study. *J. Sex Med* 2012; 9:3137-3147.
3. Levandowski BA, Kalilani-Phiri L, Kachale F, Awah P, Kangaude G, Mhango C. Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: the role of stigma. *Internat J Of Gynecol and Obst* 2012; 118, 2: 167-171.
4. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; Jan, 47(1): 16-24.
5. Rees DI, Sabia JJ. The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Med Sci Monit.* 2007; Oct, 13(10): 430-436.
6. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health.* 2008; Jun, 36(4): 424-428.
7. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005; Dec 12; 3-18.
8. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety: what's the relationship? *Soc Sci Med.* 2008 Jul; 67(2): 238-252.
9. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Aug; 57(8): 777-784.

10. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol.* 2009 Dec; 64(9): 863-890.
11. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception.* 2008 Dec; 78(6):436-450.
12. Cameron S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010 Oct; 24(5): 657-665.
13. American Psychological Association. Report of the APA task force on mental health and abortion. Washington, DC: American Psychological Association; 2008. Available on: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>.
14. [Brazil. Law Act N° 2.848. September, 7; 1940. Art 128] Available on: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Portuguese.
15. [Brazil, Federal Court of Justice. Allegation Of Desobedience of Fundamental Precept n°. 54]. Available on: <http://s.conjur.com.br/dl/acordao-interruptao-gravidez-anencefalo.pdf>. Portuguese
16. [Ministry of Health. Department of Strategic Programmatic Actions. Technical Area of Women's Health. Prevention and Treatment of Injuries Resulting from Sexual Violence against Women and Adolescents: Technical Norm]. 1st edition. Brasilia: Ministry of Health; 1999. Portuguese.
17. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. [Profile of care to sexual violence in Brazil] *Revista Femina* 2012; November-December, 40, 6, 301-306. Portuguese.
18. Sandi SF, Braz M. [Brazilian women and abortion: a bioethics approach in public health]. *Rev. bioét.* 2010; 18(1):131-153. Portuguese.

19. Anjos KF, Santos VC, Souzas R, Eugênio BG. [Abortion in Brazil: the search for rights]. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2013;6(1):141-52. Portuguese.
20. Patton MC. Qualitative designs and data collection. In *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd. ed. California: Thousand Oaks; 2002.
21. Mason M. Sample size and saturation in Phd Studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research* 2010, September, 11(3), art8.
22. Turato, ER. [Treatise on clinical-qualitative research methodology: theoretical-epistemological construction, comparative discussion and application in the health and humanities areas.]. Petrópolis, RJ: Vozes Press. 2003. Portuguese.
23. Foster DG, Gould H, Kimport K. How women anticipate coping after an abortion. *Contraception*. 2012 Jul;86(1):84-90.
24. Kimport K. (Mis)Understanding Abortion Regret. *Symbolic Interaction* 2012; 35, 2: 105-122.
25. Cockrill K, Upadhyay UD, Turan J, Greene Foster D. The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013 Jun;45(2):79-88.
26. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion - a feminist perspective. *Scand J Caring Sci*. 2004 Jun; 18 (2): 160-168.
27. Kero A, Lalos A. Ambivalence--a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Jun;21(2):81-91.
28. Bousso RS. The complexity and simplicity of the experience of grieving. *Acta paul.enferm*. 2011; 24(3):VII-VIII.

29. Iaconelli V. [Unusual grief, denial and trauma: psychoanalytic clinic with mothers of babies]. *Rev. latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo* dec 2007, 10, 4, 614-623. Portuguese.
30. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med.* 2001 Dec; 53(11):1481-1490.
31. Coleman P, Reardon D, Strahan T, Cogle J. The Psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychol Health* 2005; 20:237-271.
32. Freud S. Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* The Hogarth Press: London. Vol. 14, 239-260.

De: Helena Ribeiro e Cleide Lavieri Martins <suporte.aplicacao@scielo.org>
Assunto: [Sausoc] Agradecimento pela Submissão - {\$myJournal_articleId}
Data: 26 de novembro de 2014 15:26:32 BRST
Para: "Sra Carolina Leme Machado" <carolinalmachado@gmail.com>

Sra Carolina Leme Machado,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Quando a interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual não acontece. Três vivências." para Saúde e Sociedade. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/author/submission/143237>

Login: carolgodoy

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Helena Ribeiro e Cleide Lavieri Martins
Saúde e Sociedade

Saúde e Sociedade
<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc>

**Artigo 3 - Quando A Interrupção Legal De Gestação Decorrente De Violência Sexual
Não Acontece. Três Vivências.**

Machado CL, Makuch MY, Osis MJD, Azevedo RCS, Fernandes A.

Resumo

Introdução: A violência sexual (VS) traz danos para a saúde física e mental das mulheres, e entre suas possíveis consequências está a gravidez indesejada. A interrupção de gestação por motivo de estupro é legal no Brasil desde 1940, e deve ser promovida pelos serviços de saúde. **Objetivos:** descrever as vivências de mulheres que engravidaram em consequência de VS, solicitaram interrupção legal (IL) em serviço universitário de referência e não a realizaram por negativa do serviço ou por opção pessoal. **Métodos:** estudo de casos múltiplos, qualitativo, através de entrevistas diretas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas. Foi realizada análise de conteúdo temática com auxílio do programa The Ethnograph V6.0. **Resultados:** Foram localizadas 7 mulheres, sendo que 3 aceitaram participar da pesquisa. As restantes declararam não querer falar sobre o assunto. Embora as entrevistadas tenham descrito situações diversas, as vivências relatadas apontaram para sentimentos de angústia, desespero e susto na descoberta da gestação, e o desejo imediato pela interrupção. A negativa da IL foi impactante para as mulheres, causando momentos de angústia, choro e tristeza. O sentimento de culpa apareceu sempre ligado a elementos de ordem religiosa ou moral. Por outro lado, a decisão de manter a gestação tomada pela própria mulher possibilitou a formação de vínculo com a gestação e com o bebê. **Conclusões:** Os resultados indicaram necessidade de melhores estratégias de cuidado às mulheres que tem IL de gestação negada, e a criação de serviços capacitados para lidar com as demandas daquelas que decidem levar a gestação a termo.

Palavras-Chave: mulheres, gravidez, violência sexual, vivências, interrupção legal de gestação.

Abstract

Introduction: Sexual violence (SV) brings damage to women's physical and mental health, and one of its possible consequences is unwanted pregnancy. The interruption of pregnancy due to rape is legal in Brazil since 1940, and should be promoted by the health services. **Objectives:** Describe the experiences of women who became pregnant as a result of SV, requested legal interruption (LI) in university reference and not performed it for service negative or by personal choice. **Methods:** a multiple case study, qualitative, through semi-structured direct interviews, which were recorded and transcribed. Was held thematic content analysis with the aid of The Etnograph V6.0 program. **Results:** We located 7 women, and 3 agreed to participate. The other emphasized that they would not like to talk about it. Although the interviewees have described diverse situations, the reported experiences pointed to feelings of anguish, despair and fright in the discovery of pregnancy, and the immediate desire for the interruption. The LI negative was striking for women, causing anguish, crying and sadness. Guilt always appeared following elements of religious or moral order. On the other hand, the decision to keep the pregnancy taken by the woman herself made possible a emotional connection with pregnancy and baby. **Conclusions:** The results indicate the need for better care strategies for women who have LI of pregnancy denied, and the creation of services to cope with the demands of those who decide to carry their pregnancies to term.

Keywords: women, pregnancy, sexual violence, experiences, legal interruption of pregnancy

Introdução

A violência sexual (VS) tem sido amplamente estudada como condição traumática para a vida e para a saúde mental das mulheres, é citada como precursora de sintomas de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, aumento de uso de substâncias, disfunções sexuais e dores crônicas (WHO, 2013). Entre as consequências da violência sexual, está também a gravidez indesejada, que atinge cerca de 8% (WHO, 1998) das mulheres que sofrem VS.

A Constituição Federal de 1940 afirmou o direito às mulheres à interrupção legal (IL) da gestação decorrente de VS (Brasil, decreto-lei nº 2.848). Para promover o acesso ao direito constitucional vigente mas não efetivado durante as décadas seguintes, o Ministério da Saúde passou a publicar e atualizar, a de 1998 Norma Técnica (Ministério da Saúde, 1999; Ministério da Saúde, 2012) que, além de padronizar o atendimento emergencial às vítimas de violência sexual, inseriu os procedimentos necessários ao atendimento de mulheres com gestações decorrentes de VS que solicitassem IL de gestação.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (NT) prevê o atendimento de emergência às mulheres até o quinto dia após a VS, com administração de anticoncepção de emergência (AE), além da profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis (DST) virais e bacterianas, esta indicada apenas nas primeiras 72 horas. A eficácia da AE varia com o tempo decorrido após a VS, é maior que 96% quando administrada nas primeiras 24 horas, de 75% quando tomada nas primeiras 72 horas e em torno de 50% quando utilizada até o quinto dia após a VS (Choi e col., 2013). Além disso, a NT prevê atendimento nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) com equipe multidisciplinar, tendo em vista o cuidado social, psicológico e físico da mulher vítima de violência.

Estudos nacionais sobre as experiências das mulheres em relação ao aborto em casos de VS são pouco frequentes (Costa e col. 1995; Pedrosa e Garcia, 2000; Costa e col., 2005; Leal, 2012) e não existem estudos sobre as vivências das mulheres que solicitaram IL e não a realizaram, independente do motivo. Devido à escassez de estudos na literatura e à gravidade do impacto da VS e da gestação indesejada na saúde das mulheres, realizamos este estudo de casos com o intuito de conhecer as vivências de mulheres que solicitaram a IL em serviço de referência do SUS mas não a realizaram por diferentes motivos.

Metodologia

Este estudo foi conduzido na Área de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no período de 2010 a 2011. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética institucional e todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de estudo de casos múltiplos com o objetivo de descrever as vivências de mulheres que engravidaram em consequência de VS, solicitaram IL de gestação em serviço universitário de referência e não a realizaram. O estudo de caso é um método de pesquisa que tem por objetivo apresentar particularidades de um ou mais casos em profundidade, a fim de explorar seus aspectos convergentes e/ou divergentes, permitindo a captação dos significados de eventos da vida e a complexidade de fenômenos sociais. (Greenstein e Polsby, 1975; Yin, 2010; Turato, 2003)

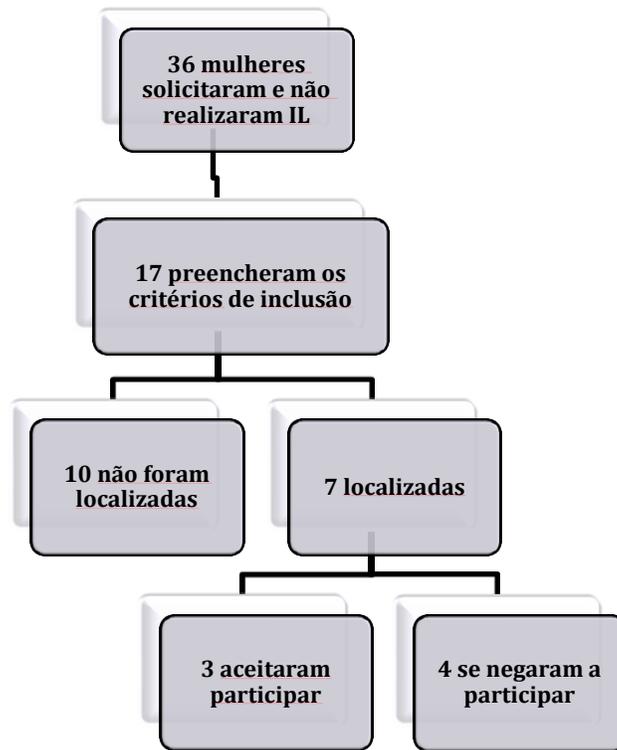
O serviço de Atendimento Especial às mulheres vítimas de violência sexual tem funcionado desde 1994 no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, CAISM, hospital universitário que atende à

macrorregião composta de 18 cidades na região de Campinas, SP, com cobertura estimada a cerca de 2,5 milhões de pessoas (IBGE, 2013).

Neste estudo foram incluídas mulheres com idade ≥ 18 anos, que solicitaram IL por gestação decorrente de VS e não a realizaram por contraindicação da equipe ou porque desistiram da interrupção. Foram excluídas as mulheres com deficiência cognitiva ou com antecedentes psiquiátricos graves.

A entrevista teve o roteiro especialmente elaborado para esta pesquisa, foi submetido à aculturação (Turato, 2003) com uma mulher que havia realizado IL, e posteriormente adicionadas outras três perguntas ao questionário final. Entre os anos de 2006 e 2011, somando-se os casos de negativa do serviço e as desistências por parte das mulheres, 36 solicitações de IL não foram realizadas. A seleção dos casos que compuseram este estudo está no fluxograma 1. Diante da dificuldade em localizar as mulheres que não interromperam a gestação e das recusas em participar da pesquisa, a amostra foi de conveniência.

Fluxograma 1- Distribuição das mulheres que solicitaram e não interromperam a gestação entre os anos de 2006 e 2011.



Das 36 solicitações não realizadas, 14 foram contraindicadas pela equipe, seis mulheres decidiram continuar a gestação e 10 mulheres descontinuaram a avaliação após terem solicitado a IL e não retornaram ao serviço. Foram excluídas 11 mulheres, oito por idade <18 anos e três por apresentarem problemas psicológicos graves e/ou déficit cognitivo. O questionário foi composto por perguntas fechadas sobre dados demográficos (idade, estado civil, escolaridade, ocupação e estado conjugal) e por questões parcialmente dirigidas abordando os seguintes aspectos: informações objetivas sobre a busca de ajuda diante da violência sexual e da gravidez; experiências emocionais despertadas pela gravidez e pela decisão de interrupção; sentimentos e experiências durante todo processo de solicitação da IL e reações diante da negativa ou desistência da interrupção, desdobramentos dessas decisões em longo prazo, relação com a gestação e a criança para aquelas que optaram por manter a gestação e mudanças no estado psicológico, social e afetivo da mulher após essas experiências.

As entrevistas foram realizadas na casa das mulheres por escolha delas mesmas, e tiveram duração média de uma hora; foram gravadas em dois gravadores e transcritas na íntegra. Após leitura detalhada das entrevistas, a pesquisadora e as revisoras definiram em conjunto as categorias de análise que serviram de base para os resultados da pesquisa. As entrevistas e as categorias de análise foram inseridas no programa The Ethnograph V6.0 (Qualis Research, Colorado, USA) para auxílio na descrição dos resultados. Os resultados foram formalizados após a aprovação e revisão de todas as autoras. Nos resultados que se seguem serão utilizados nomes fictícios para as mulheres, a fim de preservar suas identidades.

Resultados

Entre as mulheres localizadas, as quatro que se negaram a participar responderam a perguntas iniciais da pesquisadora por telefone. Todas haviam tido a IL negada pela equipe, sendo três negativas por idade gestacional avançada (superior a 20 semanas) e outra por persistência de dúvida e ambivalência quanto a decidir pelo procedimento por parte da própria mulher. As quatro mulheres foram enfáticas em declarar que falar sobre a situação que haviam vivido seria muito difícil para elas e que jamais gostariam de voltar a conversar sobre o assunto. Duas mulheres reiteraram o desejo de não serem mais convidadas para nenhum tipo de pesquisa científica que tivesse ligação com o tema, e três expressaram sentimentos claros de raiva por suas solicitações de IL terem sido negadas pela instituição, e referiram textualmente “... *peço que me deixem esquecer essa história em paz*”.

A seguir serão descritos os três casos de mulheres que aceitaram participar da entrevista, um breve histórico de seu contexto psicossocial e as vivências a respeito da negação da IL ou da desistência da solicitação.

Caso 1: Clarice

Clarice, 37 anos, comerciante, 12 anos de escolaridade, evangélica. Tem um filho de 19 anos, que criou sozinha por motivo de viuvez precoce, e ao qual se referiu de forma muito amorosa. Entrevistada após dois anos da solicitação de IL que foi negada por inconsistência de informações.

Clarice conta que após atraso menstrual realizou teste sérico que confirmou a gravidez. Referiu que desde o primeiro momento, e por decisão própria, desejou interromper a gestação. Havia sido forçada a manter relações sexuais por um antigo parceiro, com o qual não se relacionava mais; e alegou que o maior motivo para solicitar a

IL foi o fato da gravidez ser indesejada, fruto de VS e não ter condições de criar uma criança sozinha, outra vez.

Os sentimentos iniciais foram de terror e desespero. Procurou a instituição indicada por uma amiga, sentia a IL como “saída” para sua situação. A negativa da instituição foi recebida com relutância: *“Demorou para eu aceitar, demorou. Eu achei que seria aprovado, contei os fatos tudo do jeito que tinha sido. Eu achei que ia ter mais apoio.”*

Após a negativa, Clarice disse contou ter sido tomada por momentos de angústia, não se alimentava, não dormia e não conseguia trabalhar. Após alguns dias sofreu um aborto espontâneo (AE): *“Mais dia, menos dia, aconteceu naturalmente... Acho que foi porque eu estava muito nervosa”*.

Clarice não contou sobre suas experiências de VS e gravidez a ninguém. Também optou por não procurar nenhuma ajuda médica após o AE. Ela afirmou acreditar que o aborto aconteceu por vontade de Deus: *“...no momento que eu estava passando por isso, eu entreguei nas mãos de Deus e quando aconteceu naturalmente, eu aceitei assim, era a vontade de Deus”*. Entretanto, referiu sentimentos de culpa, tanto por não ter desejado a gestação como por ter procurado a IL: *“... o que mais me marcou foi quando eu fui no banheiro e vi que estava abortando. É uma mistura de culpa com... é culpa, culpa por não ter desejado... me pesa isso, o fato de que não era desejado, que eu não ia gostar igual eu gosto do meu hoje. Era isso que eu pensava....eu fico, nossa, me culpando que eu fui lá atrás para fazer isso. Mas depois que aconteceu naturalmente, eu fico pensando era a vontade de Deus...”, “... eu acho que eu ia (me) sentir mais culpada se o Caism falasse sim. Como foi naturalmente, a culpa não é total.. Agora, eu penso assim comigo, no dia que aconteceu que eu levei um não do Caism, eu fiquei muito pra baixo, mas muito pra*

baixo, muito aborrecida... Mas hoje eu tenho isso comigo, talvez se eles falassem sim e eles tivessem feito, se eles tivessem feito a interrupção, eu (me) sentiria mais culpada”.

Em longo prazo, não houve mudanças de relacionamento com o filho e a família, entretanto, referiu ter mais medo de tudo e ser mais retraída, ter perdido a confiança pelas pessoas; por outro lado, mostrou esperança e sentimentos de superação “...*tento começar de novo e procurar esquecer dos fatos ruins...*”.

Clarice não alterou sua prática religiosa após essas vivências. No entanto, não sabe dizer se sente que foi perdoada por Deus por ter desejado o aborto: “*eu não sei se um dia eu vou ter o perdão ou não. Eu tenho consciência disso, hoje eu não saberia dizer para você se Deus me perdoou, porque quem sabe é Ele*”. Os sentimentos de culpa foram referidos sempre associados à religião “*...eu não aceito uma pessoa fazer aborto. Para mim é errado. Com certeza, é bíblico isso. Se eu sigo uma religião, se eu sigo Deus, eu tenho que ter consciência disso, sabe, mas como eu entreguei para ele, eu não sei se um dia eu vou ter o perdão ou não...*”.

Afirmou de forma peremptória não querer nova gestação, e conseguiu perceber, de certa forma, algum crescimento e superação após toda a experiência: “*... de ruim é que não sai da minha cabeça, né. Em um momento ou outro eu sempre vou lembrar do que aconteceu e de bom a experiência que se ganha é o aprendizado, né. Porque se eu tivesse de alguma maneira apoio de quem fez isso, jamais eu teria chegado até onde chegou, né*”.

A maior crítica ao serviço foi o atendimento demorado, tanto para ser avaliada pelos vários profissionais como para a resposta da solicitação de IL.

Caso 2: Amanda

Amanda, 28 anos, solteira, trabalha como técnica e estuda curso superior na mesma área, religião evangélica. Atualmente sem companheiro, reside com os pais e o filho de quatro anos de idade. Entrevistada após quatro anos da solicitação de IL, da qual desistiu por opção própria, antes mesmo de saber da resposta à sua solicitação.

Sofreu VS por um desconhecido enquanto voltava do trabalho. Após a VS, vivenciou sentimentos de isolamento, medo, tristeza e dificuldade de sorrir. Revelou o ocorrido apenas para uma amiga, de quem recebeu apoio. A descoberta da gravidez aconteceu após sentir-se mal no trabalho, confirmou a gestação através de exame de sangue. Nesse momento, Amanda contou que sentiu *“um susto horrível, me vi num beco sem saída, sabe?”*. Após a descoberta da gestação procurou um serviço de saúde em sua cidade e foi encaminhada ao serviço de referência.

Amanda referiu que o desejo de IL apareceu logo após saber da gestação, e que a motivação maior para solicitar a IL foi o fato da gestação ser indesejada e pelo medo do que os pais pensariam dela se soubessem da gravidez.

Após a solicitação de IL, Amanda referiu sentimentos ambivalentes no momento do ultrassom *“...eu vi o ultrassom, só que naquele momento ali eu tinha convicção que eu queria a interrupção, só que o que aconteceu foi que eu vi o bebê e, ao mesmo tempo, eu ficava preocupada, eu pensava - nossa, eu não sabia e fiquei tomando radiação sem proteção, ficava pegando peso. Ao mesmo tempo que eu estava magoada e triste e tinha convicção de que era aquilo que eu queria (a IL), eu ficava preocupada. Só que eu não aceitava que eu estava me preocupando, mas eu pensava, eu me preocupava. Foi muito difícil.”*

Diante de sua ambivalência, Amanda decidiu contar sobre a gestação para um de seus irmãos e falou da sua intenção de interromper a gestação. O irmão compartilhou com a família que decidiu apoiá-la e incentivá-la a ficar com a criança “...*eu contei sobre a violência, meus pais sofreram muito, só que em nenhum momento eles apoiaram minha decisão de interromper. Eles não queriam que eu fizesse isso. Eles me disseram que eu podia ficar tranquila que eles iam ajudar na criação e na educação da criança, que não era prá eu fazer isso de jeito nenhum.*”

No caso de Amanda, o apoio familiar foi fundamental para sua decisão de manter a gestação e ficar com a criança, “...*eu nem quis voltar ao Caism, eu desisti antes de saber a resposta... Eu liguei e falei que não ia mais interromper*”. Embora não tenha sido o principal motivo, referiu que a religião evangélica também influenciou na decisão.

Amanda relatou que passou por um período de aceitação nos primeiros meses, mas que depois o vínculo com a gestação e o bebê aumentou: “...*olha, depois que foi entrando tudo na minha cabeça, até eu aceitar, que demorou um tempo, mas depois que eu aceitei eu comecei a ter minha vida normal de novo. Mas aí eu já conversava com meu ventre, comprava coisinhas diferentes que eu via, eu comecei a aceitar com alegria, não tinha mais aquela tristeza, entendeu? Aí o fato de ter vindo como veio começou a perder a importância para mim*”. Os sentimentos iniciais de raiva e rancor passaram a dar lugar a alegria e interesse pelo bebê.

Amanda negou mudanças no relacionamento com amigos e familiares mais próximos, mas refere que sentiu dificuldade com as relações amorosas: “...*eu tenho dificuldade para encarar um relacionamento, uma família, eu tenho dificuldade com isso. Eu tenho medo e eu tenho um sentimento de proteção tão grande, que gira em torno do meu filho, que eu tenho medo de me envolver com alguém porque parece que essa pessoa*

vai fazer mal para meu filho, eu sinto isso". Além disso, disse que ficou mais desconfiada e retraída com o contato com desconhecidos após a VS.

Referiu ter ótima relação com o filho, referindo-se a ele sempre com expressões de amor. Os sentimentos ruins relacionados à lembrança da VS têm diminuído progressivamente, *"eu sinto que foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida, porque minha vida hoje tem outro sentido. Eu vivo, lógico que vivo para mim, mas eu vivo mais por ele. Sabe, a primeira vez que ele falou -mamãe eu te amo, aquilo para mim apagou muita coisa do passado"*. Referiu sentir ter crescido e superado, de certa forma, a situação vivida *"a violência que aconteceu comigo foi uma maldade, mas é uma maldade que trouxe muita felicidade para minha vida, tudo que eu sofri eu tive a felicidade três vezes maior que meu sofrimento. Hoje a minha mente é mais aberta, hoje eu tenho um amor pelo meu filho inexplicável, hoje eu tenho coragem de enfrentar muitas coisas por ele, coisas que eu achava que nunca teria coragem, hoje eu tenho. Então aquele mal hoje em dia se tornou meu bem maior"*.

Referiu não ter alterado sua prática religiosa e sente-se muito bem na igreja. Não sente arrependimento de sua decisão e nem de ter solicitado a IL, pois diz que foi uma primeira reação ao diagnóstico da gravidez. Amanda não pensa em ter outros filhos, pretende dar a melhor criação possível para seu filho, tanto em termos financeiros como emocionais. Não referiu críticas ao atendimento recebido no serviço de referência, sentiu-se amparada e acolhida.

Caso 3: Tamires

Tamires, 24 anos, divorciada, operadora de telemarketing, oito anos de escolaridade, cristã não praticante. Tem dois filhos pequenos e vive atualmente com companheiro. Entrevistada após dois anos da solicitação de IL. Ao saber do risco de complicações da IL por motivo de cirurgia cesárea recente, sua opção foi manter a gestação doar a criança após o parto.

Tamires sofreu VS por agressor desconhecido dentro de casa, onde ela morava com a mãe e os dois filhos, os quais dormiam no quarto ao lado no momento da VS . Não compartilhou com ninguém a história da VS e da gravidez. Reagiu à descoberta da gravidez com susto e desespero: *“Foi horrível. Eu não estava esperando...eu fiquei muito desesperada”*; e imediatamente após o diagnóstico decidiu pela interrupção, registrou boletim de ocorrência da VS na delegacia, e através da assistente social do Conselho Tutelar de sua cidade, foi encaminhada ao serviço de referência: *“...eu não queria ter o neném de jeito nenhum, sabe? Era muito mais forte do que eu, eu não conseguia pensar em ter outra criança, em passar por todo o processo da gravidez de novo, e depois cuidar sozinha, porque eu acabei sozinha com eles, morando na casa da minha mãe. Eu não conseguia pensar em outra coisa, eu só pensava no aborto mesmo”*.

Passados alguns dias, revelou a VS e a gestação ao ex-marido, pai de seus filhos, e de quem havia se separado há 5 meses, do qual recebeu apoio. Inclusive o registrou em seu nome. Nos atendimentos no serviço de referência, Tamires foi esclarecida sobre os riscos de ruptura uterina durante o procedimento de IL pelo antecedente de duas cesárias anteriores, a última realizada seis meses antes. Embora a solicitação não tenha sido negada por esses motivos, diante do risco apresentado, Tamires optou pela doação da criança após o parto. Descreveu que os sentimentos relatados ao longo da gestação foram mudando com

o passar do tempo, inicialmente foram de raiva e desespero: *“no início foi muito difícil, eu chorava muito, eu tive início de depressão; depois eu não pude fazer o aborto e aí eu aceitei, me conformei, sabe? Eu não aceitava, mas me conformei. Aí mais para o meio da gravidez eu comecei a pensar e veio aquele amor, aquele sentimento por ele...aí do meio para o final da gravidez eu levei numa boa”*.

A decisão de ficar com a criança aconteceu por volta dos seis ou sete meses de gestação, *“... mais para o final da gravidez eu... eu não sei, me deu um amor por aquele menino que eu não consegui entregar. Tanto que hoje ele é meu xodó, minha paixão”*. Referiu que conversava apenas com sua mãe sobre a doação da criança e que ela não concordava com essa decisão, que *“talvez ele não ficasse com uma pessoa que cuidasse e amasse tanto como eu faria”*.

Em longo prazo, Tamires mostrou ter boa relação com o filho e não ter arrependimento por sua decisão. Referiu que teria feito o aborto se não fosse o risco, mas que a adoção seria realmente uma opção com a qual não conseguiria lidar emocionalmente: *“...ia ter sempre aquela dúvida de como teria sido ficar com ele...; a adoção eu não teria coragem mesmo, mas o aborto eu teria feito sim, se fosse possível”*.

Afirmou não acreditar que os sentimentos de raiva e desespero do início da gestação ou o desejo da IL tenham atrapalhado sua relação com o filho: *“...nunca tratei ele de forma diferente, nunca carreguei aquilo que eu sentia no início da gravidez, nunca levei isso para ela, sabe?”*. Negou que sua crença religiosa tenha influenciado em sua decisão e permaneceu sem prática religiosa posteriormente. Tamires referiu não ter havido mudanças em seu relacionamento com as pessoas, mas considerou que a experiência mudou sua vida e trouxe amadurecimento. Afirmou não falar sobre o assunto e preferir esquecer a experiência: *“...sentimento ruim eu não tenho não, não tenho mágoa, não tenho raiva.*

Acho que eu tinha que passar por aquilo, eu passei, não reagi muito bem na época, mas agora eu consigo levar naturalmente, numa boa. Não tenho vergonha de falar disso, mas é um assunto que eu procurei apagar”.

Tamires falou sobre o desejo de uma nova gestação e seu planejamento de engravidar após melhorar as condições de vida com o novo companheiro: “...*porque esse meu novo companheiro é louco para ter um filho e eu não acho justo com ele, porque ele cuida dos meus como se fossem dele também*”. Não expressou críticas ao atendimento recebido no serviço de referência.

Discussão

Embora os três casos descrevam situações diversas entre si, as vivências relatadas pelas mulheres apontaram para a importância de que haja serviços com capacidade para lidar de forma individualizada com suas demandas. Nos três relatos, após a descoberta da gestação, os sentimentos iniciais foram de angústia, desespero e susto, e o desejo por interromper a gestação apareceu imediatamente após a descoberta. Outros estudos sobre o tema descreveram que sentimentos de ansiedade, depressão e angústia foram comuns em mulheres que descobriram gestações indesejadas ou não planejadas, e que a ideia do aborto foi recorrente nessas situações (Faúndes e Barzelatto, 2004; Pereira e col., 2012; Hussain e Finer, 2013).

A solicitação de IL negada mostrou ser impactante para as mulheres, causando momentos de angústia, choro e tristeza. Elas precisaram lançar mão de recursos psíquicos internos para lidar com essa notícia e o desenrolar de cada caso individualmente (evolução para AE ou decisão por ficar com a criança) também contribuiu para as particularidades das consequências imediatas da negativa para a vida de cada uma delas.

Neste estudo, a vivência da mulher que sofreu aborto espontâneo foi descrita de forma similar àquelas mulheres que solicitaram IL de gestação e a realizaram (Machado e col., 2015). A percepção de alívio por ter solucionado o problema da gestação indesejada, mesclado a sentimentos de culpa por não ter desejado a gravidez ou por desejar interrompê-la, e a culpa diante de Deus, foram vivências também descritas por mulheres que realizaram IL.

A culpa apareceu nos relatos sempre ligada a elementos ou sentimentos de ordem religiosa ou moral. No caso das duas mulheres para as quais a religião tinha maior relevância, a culpa apareceu ligada ao pecado de matar e de impedir o desenvolvimento de uma vida; enquanto que para a mulher menos religiosa, a culpa apareceu na forma do sentimento de que ninguém seria capaz de cuidar daquela criança tão bem como ela. Os sentimentos de culpa tiveram influência sobre a decisão delas de manter a gestação e cuidar da criança, e mesmo para a mulher que sofreu aborto espontâneo, os sentimentos de culpa fizeram parte de suas vivências em longo prazo.

Por outro lado, os resultados mostraram que a decisão de manter a gestação tomada pela própria mulher, independente do momento em que ocorreu ou do motivo alegado para a decisão, possibilitou a formação de vínculo com a gestação e foi estabelecido um relacionamento positivo com a criança durante a gestação e após seu nascimento. De certa forma, para os casos entrevistados, o nascimento da criança pareceu ter aplacado os sentimentos ruins deixados pela vivência da VS e os próprios sentimentos de culpa por terem pensado na interrupção como solução para suas histórias. Para as duas mulheres que optaram por ficar com a criança, a relação entre mãe e filho não se manteve associada às lembranças da VS.

Estes resultados não devem ser generalizados para as mulheres para as quais a interrupção foi negada pelo serviço e cujas gestações tiveram outros desfechos possíveis, como a opção pela doação do conceito ou o aborto ilegal. Essas foram situações complexas, que possivelmente trouxeram vivências diferentes e específicas de cada história pessoal, uma vez que estamos aqui lidando com contextos muito particulares da vida de cada mulher. A conversa telefônica com as mulheres que se negaram a participar da pesquisa mostrou que existiram consequências após a experiência, entre elas, a de se tornarem reativas a qualquer contato sobre o vivido. Embora não tenhamos dados para afirmar quais experiências e emoções foram essas, podemos supor o grande sofrimento para lidar e superar as consequências desta situação.

Durante a realização da entrevista, as mulheres não referiram nenhum prejuízo emocional ou social em longo prazo como consequência da negativa à IL. É possível que as mulheres que se negaram por telefone a conversar sobre o assunto tenham sentido maior prejuízo em suas vidas do que aquelas que concordaram em falar sobre suas experiências. Em estudo realizado nos Estados Unidos, onde o aborto é permitido em todas as situações até a idade gestacional limite de 22 semanas, que comparou as emoções das mulheres uma semana após terem realizado ou não aborto, as mulheres que tiveram aborto negado por idade gestacional avançada estiveram mais propensas a sentir arrependimento e raiva e menos propensas a sentimentos de alívio, felicidade e culpa; além disso, 62% das mulheres ainda desejavam ter conseguido a interrupção (Rocca e col., 2013). Outro estudo, também norte-americano, descreveu que as mulheres que tiveram um aborto negado reportaram menores níveis de autoestima e satisfação com a vida quando comparadas às que realizaram o aborto (Biggs e col., 2014).

A literatura existente sobre o tema é restrita e nossos resultados apontaram para a necessidade de explorar melhor as vivências e as demandas de mulheres que não conseguem interromper uma gestação indesejada. O que se sabe a respeito deste tema é que existem consequências emocionais para a vida dos filhos que nascem de gestações indesejadas. Por exemplo, em estudo realizado na cidade de Praga, que avaliou adultos que haviam sido desejados ou não por suas mães, descreveu que os filhos de gestações indesejadas tiveram maior frequência de doenças psiquiátricas quando comparados aos seus irmãos e também aos filhos de gestações desejadas (David, 2006). Os resultados sugeriram que a negação do aborto em caso de gravidez indesejada elevou o risco de comprometimento do desenvolvimento psicossocial e da saúde mental na idade adulta.

A impossibilidade em contatar as mulheres para esta pesquisa mostra as dificuldades operacionais para a realização de estudos de seguimento no Brasil, limitando a pesquisa e a consequente otimização de abordagens. As recusas das mulheres em conversar sobre o tema pode indicar a necessidade do estabelecimento de melhores estratégias de cuidado às mulheres que tem IL de gestação negada pelos serviços de atenção à saúde.

REFERENCES

1. Biggs et al. Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? *Qual Life Res.* Apr 17, p. 2505-13, 2014.
2. Brasil. Decreto-Lei N° 2.848 de 7 de setembro de 1940. Art 128. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Acessado em 07/2014: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Acessado em 07/2014: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf.
4. Choi DS et al. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med*, Sep; 40 (3): 126-30, 2013.
5. Costa LLF, Hardy E, Osis MJD, Faundes A. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality Incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters*; 13(26):139–146, 2005.
6. Costa RG; Hardy R; Osis MJD; Faúndes A. A decisão de abortar: processo de sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Públ*, Rio de Janeiro, 11 (1): 97-105, Jan/Mar, 1995.
7. David HP. Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study. *Reproductive Health Matters*;14(27):181–190, 2006.
8. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Editora Komedi, 304 p., 2004.

9. Greenstein FI, Polsby NW. *Strategies of Inquiry*. Addison-Wesley Pub. Co., 458 p., 1975.
10. Hussain R, Finer LB. Unintended pregnancy and unsafe abortion in the Philippines: context and consequences. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)*. Apr;(3):1-8, 2013.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Estimativa da população 2013, acessado em 06/2014 através do link:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=350950&idtema=119&search=sao-paulo%7Ccampinas%7Cestimativa-da-populacao-2013>.
12. Leal, OF. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.17, n.7 , 2012.
13. Machado CL, Osis MJD, Makuch MI, Fernandes AMS. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Artigo no prelo, aceito para publicação nos *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro* em 29/09/2014.
14. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
15. Pedrosa IL, Garcia TR. "Não vou esquecer nunca!" A experiência feminina com aborto induzido. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v8, n6, p 50-58, dezembro 2000.
16. Pereira, VN et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saude Soc*, vol.21, n.4. pp. 1056-1062, 2012.

17. Rocca et al. Women's Emotions After Receiving or Being Denied an Abortion, Volume 45, Number 3, p122-31, September 2013.
18. Turato, ER. Tratado de metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Editora Vozes. 2003
19. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 51p, 2013.
20. World Health Organization. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet; 352:428-33, 1998.
21. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Quarta edição. Editora bookman, 248 p. 2010.

4. DISCUSSÃO GERAL

Os resultados encontrados neste estudo mostraram que a experiência da gravidez decorrente de VS é complexa e marcante para a vida das mulheres. As vivências das mulheres que engravidaram em consequência de VS e realizaram IL foram permeadas por diferentes emoções ao longo do tempo, e incluíram sentimentos de desespero e angústia na descoberta da gestação; sentimentos de ambivalência, esperança e vazio durante o procedimento; e de culpa e dificuldade de reinserção religiosa em longo prazo. Além disso, as mulheres relataram todo o percurso dessas experiências de maneira muito solitária: a VS e a gestação foram silenciadas, a decisão pela interrupção foi tomada sem ajuda de ninguém e, após passado algum tempo, as mulheres optaram por continuar carregando, solitárias, suas histórias e seus sentimentos.

A VS já foi amplamente apontada pela literatura como condição traumática para a vida das mulheres, sendo precursora de sintomas de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, aumento de uso de substâncias, disfunções sexuais e dores crônicas, entre outros (33). Dessa forma, a atitude das mulheres de silenciar sobre o que lhes ocorrera e não procurar ajuda pode estar associada aos estados emocionais comprometidos por conta da VS. Além disso, o padrão das relações de gênero em nossa sociedade tende a responsabilizar a mulher que sofre violência sexual como provocadora/culpada dessa situação, em

vista de algum comportamento ou atitude classificada como imprópria, fato que impulsiona a mulher a esconder a VS, como foi encontrado neste estudo.

Outro motivo que dificultou buscar ajuda logo após o evento foi a falta de informação sobre a disponibilidade de serviços específicos para atender mulheres que sofrem VS. Elas declararam não saber da importância das medidas de prevenção do atendimento de emergência, bem como desconheciam o direito das mulheres à interrupção legal da gestação quando esta é decorrente de VS. O contexto e as situações que envolvem as mulheres que sofrem VS e engravidam contribuem para que elas se exponham a outros riscos graves para sua saúde física e mental. As mulheres relataram tentativas de solucionar a gestação indesejada sem ajuda médica e a procura por aborto clandestino, independente de sua condição financeira. Os relatos mostraram sentimentos de desespero somados ao desconhecimento acerca do direito das mulheres à IL nos casos de gestação decorrente de VS e da existência de serviços de referência para atendê-las. Isso é contraditório em relação às políticas públicas que tratam dessa questão, como já foi apontado por outros autores (59,60), e requer que ações de divulgação sejam realizadas para que a sociedade em geral e as mulheres saibam que devem e onde podem procurar ajuda imediata caso sofram VS.

Estudos têm mostrado a persistência do desconhecimento da legislação brasileira em relação ao aborto (61) também entre os profissionais de saúde, situação que propicia posturas inadequadas diante das mulheres vitimizadas e acaba dificultando o acesso delas à IL. Neste estudo, os profissionais que trabalhavam nos setores de saúde ligados ao serviço público souberam encaminhar corretamente ou informar a mulher a respeito do Serviço de

Referência no momento da descoberta da gestação. No entanto, o mesmo não aconteceu com aquelas que procuraram o setor de saúde privado/complementar como primeira fonte de ajuda. Infelizmente, situação semelhante também se verifica, não raramente, nas Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres (DEAM), nas quais ainda existem muitas limitações para atender, de maneira adequada, as vítimas de violência sexual (27).

Este retrato é também reflexo do espaço que a questão da violência contra a mulher e do aborto ocupam em nosso cenário político, econômico, social, moral, legal, religioso e de saúde pública. Estruturas sociais de patriarcado dificultam o progresso pelos direitos iguais de homens e mulheres e contribuem para a manutenção das diferenças de gênero e a consequente naturalização da violência, que se mantém disseminada em várias esferas da vida. (62)

A imposição do estigma sobre o aborto leva a consequências psicológicas, uma vez que gera vergonha, isolamento e perda de autoestima (50, 63). O estigma do aborto depende do meio sociocultural em que se está inserido e também se relaciona com a ideia de que a maternidade é o curso natural para a vida da mulher. Neste estudo apareceu o sentimento de culpa pela morte de uma criança, que pode estar ancorado nessa ideia de que a mulher não deve negar a maternidade.

Claramente, esconder a VS teria sido a opção adotada por todas as mulheres que participaram deste estudo, caso não tivessem engravidado. A vergonha e o medo de serem julgadas e culpabilizadas pela violência sofrida apareceram nos discursos como impeditivos para a revelação desta experiência.

Outros estudos mostraram que é justamente o medo da estigmatização que impede as mulheres de revelar suas experiências de aborto (64).

As experiências e sentimentos vividos pelas mulheres na VS foram revividos na IL, sendo que as duas situações estiveram emocionalmente sobrepostas. Os sentimentos de desespero e choque vividos na VS retornaram durante a descoberta da gestação, e o desejo imediato de abortar esteve também ligado ao desejo de apagar o episódio da VS e esquecê-lo. A gravidez trouxe novamente à lembrança a vivência da VS que as mulheres estavam tentando apagar de suas memórias, e a IL foi sentida como única maneira de afastar para sempre o sofrimento daquela agressão. A decisão pela interrupção de gestação esteve ancorada em três justificativas principais: a impossibilidade de justificar socialmente a paternidade da criança, a impossibilidade de amar o fruto de uma experiência tão violenta e o medo de a criança manter a lembrança viva do evento. Foram esses os sentimentos que pesaram na decisão pela interrupção e todas as outras possibilidades de desdobramentos da gestação pareceram inimagináveis para as entrevistadas, diante do fato de que a vida da criança simbolizava a VS ocorrida.

Sentimentos de ambivalência e de culpa foram relatados pelas mulheres logo após a IL, inicialmente motivados por conflitos entre o desejo racional de não querer aquele filho e o peso emocional da decisão de interromper uma vida. Em longo prazo, metade das entrevistadas ainda convivia com sentimentos de culpa, estes relatados com maior frequência pelas mulheres com maior prática religiosa, para as quais houve persistência da ideia de “ter matado uma criança”. Apenas três das entrevistadas não mudaram suas práticas religiosas após a experiência

da IL, as demais declararam afastamento da Igreja ou do templo por não se sentirem mais completamente à vontade ou acolhidas nesses ambientes. O temor de serem castigadas por Deus pela decisão do aborto e a perda da crença em Deus também foram vivenciados pelas entrevistadas.

Contextos como a sociedade brasileira, na qual a aprovação social e religiosa ao aborto é restrita mesmo nas situações previstas em lei, foram associados à dificuldade de enfrentamento do aborto e consequentes sentimentos de culpa, ansiedade, depressão e arrependimento por parte das mulheres, em estudos internacionais (53,65). As mulheres mais devotadas à religião temem o julgamento, se tornam mais isoladas do que as mulheres não-religiosas e apresentam maiores níveis de autojulgamento (53,65). Em longo prazo, os sentimentos de ambivalência foram mais frequentemente referidos pelas mulheres com maior vínculo religioso, principalmente as católicas. Entretanto, neste estudo, mesmo as mulheres com maior religiosidade negaram ter sentimentos de arrependimento pela decisão do aborto e reforçaram que teriam a mesma atitude caso precisassem reviver a situação.

Mesmo nas sociedades nas quais o aborto é permitido por lei em qualquer situação, estudos descreveram experiências de conflito e emoções negativas em algumas mulheres. Por exemplo, em estudo realizado na Califórnia, Estados Unidos da América, através de questionários aplicados a 5.190 mulheres, os resultados mostraram que o sentimento mais recorrente após o aborto foi de alívio, e que duas de cada cinco mulheres experimentaram emoções negativas de tristeza e culpa (66). Ainda, outro estudo qualitativo com mulheres norte-americanas descreveu o conflito razão/emoção como uma das grandes

dificuldades emocionais da experiência do aborto, além da desaprovação social e da perda de uma relação afetiva importante após a realização do aborto. (67)

A ambivalência de sentimentos em situações de aborto, também abordada por outros estudos (68,69, 70, 71), não é um desdobramento negativo, ao contrário, é um processo natural e esperado nas situações de conflito; e deve ser visto como inerente ao processo doloroso da escolha pelo aborto, o qual envolve sentimentos de perda e elaboração de luto. Perdas de qualquer ordem podem gerar sentimentos de luto que consistem numa reação normal e esperada quando um vínculo significativo é rompido, trata-se de processo necessário para a reorganização psíquica (72). A função do luto é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. (73)

É possível que, embora a gestação tenha sido decorrente de VS, as mulheres entrevistadas tivessem algum vínculo com a gravidez, ainda que permeado de expectativas negativas e ambivalentes. Como consequência da elaboração emocional da perda e do processo de luto, relataram sentimentos de tristeza e vazio imediatamente após o aborto, resultados concordantes com os de outros estudos. (69, 74, 75,76)

As mulheres referiram ter se tornado mais reservadas e desconfiadas nas relações interpessoais e alterado alguns hábitos e práticas que passaram a sentir como perigosos, sempre correlacionando essas mudanças à experiência da VS e não propriamente à IL. Em longo prazo, a IL foi sentida como uma dolorosa consequência da VS, pela qual as mulheres gostariam de não ter passado. Como as mulheres optaram por manter as vivências de VS e da IL em sigilo, não houve

relatos da percepção de mudanças no tratamento por parte das outras pessoas em relação a elas.

Entre as experiências descritas pelas entrevistadas como dolorosas durante a vivência do processo de IL, a visualização do feto ou de partes fetais no momento da expulsão foi relevante. Foi notório que, quanto mais avançada a gestação e maior a clareza na visualização do feto, mais fortes foram as emoções associadas à experiência da IL. Dois fatores pareceram contribuir para essa experiência de sofrimento. O primeiro foi que visualizar o feto concretamente pareceu reforçar a consciência de que estavam interrompendo uma vida, essa ideia foi citada por todas as participantes. O segundo fator foi que a visão do feto despertou nova emoção em relação a uma experiência que desejava ser calada e esquecida, uma vez que, na fantasia das mulheres, a IL seria capaz de apagar a dor da VS e dar fim ao sofrimento despertado pela agressão.

Outro fator apontado pelas mulheres desta pesquisa como negativo para a elaboração da IL foram as experiências negativas com a equipe de saúde. Apenas duas pacientes relataram problemas em relação ao atendimento recebido no serviço, e esses desencontros com a equipe as marcaram sensivelmente. Elas relataram que o componente que mais trouxe prejuízo emocional foi a existência de algum comportamento com expressão reprovatória a respeito do aborto por parte dos profissionais, que em ambos os casos vieram acompanhados de componentes religiosos, atitudes essas que as fizeram sentirem-se julgadas. Essas mulheres descreveram momentos em que foram abordadas por pessoas com opiniões pessoais contrárias ao aborto, resultando em sentimentos de confusão e culpa. Particularmente, essas duas mulheres tinham características

peçoais e da violência que se assemelhavam, ambas pertenciam à classe média alta, tinham maior grau de escolaridade e haviam sido violentadas por ex-companheiros. Uma hipótese é que essas características tenham despertado em membros da equipe fantasias de que elas tinham condições de levar a gestação a termo, uma vez que possuíam situações financeiras favoráveis para cuidar de uma criança e o conhecimento da paternidade dos bebês. É possível que este tipo de pensamento tenha gerado posturas condenatórias por parte desses membros da equipe de atendimento. Abordar estes estigmas, garantir os direitos das mulheres, capacitar os profissionais e os centros de atendimento, e preservar os limites pessoais de cada profissional para lidar com situações como esta são prioridades na agenda da atenção às vítimas de violência sexual.(77, 78, 79)

Segundo estudo desenvolvido por Soares (18), a ambivalência também é uma questão pertinente à equipe que trabalha com este tipo de atendimento, da qual alguns membros podem se sentir divididos entre a promoção do direito da mulher e as concepções morais e religiosas. Outros estudos com profissionais da saúde que atuam em serviços de interrupção de gestação mostraram que, em muitas situações, o profissional sente-se despreparado emocional e tecnicamente para lidar com esses casos (77,79). Estudos têm explorado a necessidade de incluir o tema da violência no cotidiano dos profissionais (59, 80), nas grades curriculares da graduação, e de capacitar constantemente os profissionais que lidam com a questão da violência, a fim de evitar posturas de preconceito ou julgamento.

Estudo de revisão recente (81) mostrou que o sistema de saúde tem um papel fundamental a desempenhar na resposta à violência contra as mulheres, e

que deve ser prioridade das políticas de saúde a formação durante a graduação e a capacitação dos profissionais de saúde já graduados, de forma que os prestadores de cuidados de saúde saibam como responder de forma adequada e eficaz às demandas dos agravos à saúde da mulher em situação de violência. Esta formação tem de ser sustentada e apoiada pela orientação e supervisão contínua. O sistema de saúde deve garantir as condições que permitam aos provedores combater a violência contra as mulheres, incluindo uma boa coordenação e redes de referência, protocolos e capacitação (81) .

Entre as atitudes tomadas pelas mulheres para elaborar a experiência da VS e da IL, estiveram o desejo de silenciar sobre o assunto, a mudança de residência e/ou de emprego e as mudanças nas atitudes cotidianas. Apenas três mulheres continuaram acompanhamento em saúde mental após o procedimento. A possibilidade de nova gravidez surgiu como forma de superar a experiência da IL para outras três entrevistadas. Estes resultados trazem reflexões sobre o enfrentamento dos conflitos gerados pela decisão da IL, não porque as mulheres não desejavam a maternidade, mas sim pela experiência concreta da VS, esta a real motivação da decisão pela interrupção da gestação. Podemos supor a necessidade de “substituir” a gestação indesejada por outra, agora desejada e planejada. Outra possibilidade seria atribuir à nova gravidez o poder de preencher o vazio deixado pela experiência da IL, como substituição daquela que foi perdida (82).

Os relatos das mulheres que decidiram engravidar novamente mostraram vivências de sentimentos de culpa e temor do “castigo de Deus” ocorridas durante o curso da nova gestação e independente de seu desfecho. Esses sentimentos

foram atribuídos, por elas próprias, a terem optado pela interrupção da gestação anterior. O surgimento desses sentimentos pode estar pautado na sensação de ter transgredido uma regra moral e religiosa de não matar o semelhante, uma vez que as três tinham religião católica.

Em relação às três mulheres que tiveram suas solicitações de IL negadas e foram entrevistadas, os sentimentos iniciais foram de angústia, desespero e susto, e o desejo por interromper a gestação apareceu imediatamente após a descoberta. Outros estudos sobre o tema descreveram que sentimentos de ansiedade, depressão e angústia foram comuns em mulheres que descobriram gestações indesejadas ou não planejadas, e que a ideia do aborto foi recorrente nessas situações (75, 83).

A vivência da mulher que sofreu aborto espontâneo após a negativa de IL foi descrita de forma similar àquelas mulheres que solicitaram IL e a realizaram: a percepção de alívio por ter solucionado o problema da gestação indesejada mesclado com sentimentos de culpa por não ter desejado a gravidez ou por desejar interrompê-la, e a culpa diante de Deus.

A culpa apareceu, nos relatos desses três casos, sempre associada a elementos ou sentimentos de ordem religiosa ou moral. No caso das duas mulheres para as quais a religião tinha maior relevância, a culpa apareceu ligada ao “pecado de matar” e de “impedir o desenvolvimento de uma vida”; enquanto que para a mulher menos religiosa, a culpa apareceu na forma do sentimento de que “ninguém seria capaz de cuidar daquela criança tão bem como ela”. Os sentimentos de culpa tiveram influência sobre a decisão das mulheres em manter a gestação e cuidar da criança, e mesmo para a mulher que sofreu aborto

espontâneo, os sentimentos de culpa fizeram parte de suas vivências em longo prazo.

Por outro lado, as entrevistas mostraram que a decisão de manter a gestação tomada pela própria mulher, independente do momento em que ocorreu ou do motivo alegado para a decisão, possibilitou a formação de vínculo com a gestação e foi estabelecido um relacionamento positivo com a criança durante a gestação e após seu nascimento. De certa forma, para os casos entrevistados, o nascimento da criança pareceu ter aplacado os sentimentos ruins deixados pela vivência da VS e os próprios sentimentos de culpa por terem pensado na interrupção como solução para suas histórias. Para as duas mulheres que optaram por ficar com a criança, a relação entre mãe e filho não se manteve associada às lembranças da VS.

Estes resultados não devem ser generalizados para as mulheres às quais a IL foi negada pelo serviço e cujas gestações tiveram outros desfechos possíveis, como a opção pela doação do concepto ou o aborto ilegal; mulheres das quais não foi possível coletar informações pela negativa peremptória em participar do estudo. Essas foram situações complexas, e que possivelmente trouxeram vivências diferentes e específicas de cada história pessoal, uma vez que estamos aqui lidando com contextos muito particulares da vida de cada mulher. A conversa telefônica com as mulheres que se negaram a participar da pesquisa mostrou que existiram consequências após a experiência, entre elas, a de se tornarem muito reativas a qualquer contato sobre o vivido. Embora não tenhamos dados para afirmar quais experiências e emoções foram essas, podemos supor o grande sofrimento para lidar e superar as consequências desta situação.

Estudo realizado nos Estados Unidos, onde o aborto é permitido em todas as situações até a idade gestacional de 22 semanas, comparou as emoções das mulheres uma semana após terem realizado ou não o aborto. As mulheres que tiveram o aborto negado por idade gestacional avançada estiveram mais propensas a sentir arrependimento e raiva, e menos propensas a sentimentos de alívio, felicidade e culpa; além disso, 62% das mulheres ainda desejavam ter conseguido a interrupção (84). Outro estudo, também norte-americano, descreveu que as mulheres que tiveram um aborto negado reportaram menores níveis de autoestima e satisfação com a vida quando comparadas às que haviam realizado o aborto (85).

Foi evidente a complexidade das vivências das mulheres que sofreram VS e precisaram recorrer à IL, sendo esta realizada ou não. Além do impacto da agressão sofrida e de sua consequência concretizada através da gestação e da necessidade de interrompê-la, as mulheres revelaram o impacto das sanções morais e religiosas absorvidas internamente e traduzidas na impossibilidade de compartilhar o sofrimento com outras pessoas e nos sentimentos de culpa e vazio. Mulheres com gestação decorrente de VS necessitam de apoio, não somente durante o processo de IL, mas também em longo prazo. Na realidade brasileira, há necessidade da criação de serviços de apoio que não estejam ligados diretamente aos serviços de referência para IL, a fim de dar suporte às demandas emocionais das mulheres e oferecer a possibilidade de reestruturação emocional e psicossocial. Por outro lado, o amparo a mulheres em situação de violência e de gestação indesejada requer também a promoção de reflexões no campo da saúde, dos direitos humanos e da proteção social. Campanhas públicas com

enfoque sobre o tema e a promoção de debates sobre o assunto em diferentes comunidades, em grupos familiares e religiosos, poderão auxiliar na desconstrução de preconceitos e criar motivação para o acolhimento tão necessário de mulheres em situação de VS e IL, independente das opiniões individuais sobre o aborto.

Além disso, os profissionais procurados por mulheres na situação da gestação decorrente de VS, em especial os da área da saúde e 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.

5. CONCLUSÃO GERAL

- 1) A tomada da decisão pela solicitação da interrupção legal de gestação foi feita pelas próprias mulheres, sem influência de outras pessoas. A VS foi relatada como experiência vergonhosa e a decisão de abortar a gestação ocorreu imediatamente após sua descoberta, sendo a IL entendida como única saída para o restabelecimento da vida das mulheres após a VS. A espera pela devolutiva da solicitação de IL foi marcada por ansiedade e medo de negativa. A resposta positiva foi motivadora de alívio para todas as mulheres.
- 2) As experiências retratadas pelas mulheres incluíram sentimentos de desespero e angústia antes da interrupção legal; vivências de alívio, alegria e elementos de ambivalência com referência a sentimentos de tristeza e vazio durante e após o processo de IL, e sentimentos de culpa e dificuldade de reinserção religiosa em longo prazo. Não houve arrependimento pela decisão de IL e todas as mulheres referiram experiências de vazio e perda após o aborto. Ter religião católica, visualizar o feto no momento da expulsão e perceber reações negativas por parte de membro da equipe de atendimento foram situações dificultadoras da elaboração da experiência de IL. Apenas três mulheres continuaram acompanhamento em saúde mental após o procedimento e para outras três

mulheres a experiência de nova gravidez surgiu como possibilidade de superar a experiência da IL.

3) O contato com as mulheres que tiveram a solicitação de IL negada ou que desistiram da avaliação foi mais difícil do que com as mulheres que realizaram o procedimento, tanto pelo menor número de casos disponíveis como pela maior recusa em participar da pesquisa. Aquelas que tiveram IL negada reagiram negativamente a qualquer contato. Para a única mulher que teve a IL negada e foi entrevistada houve a ocorrência de aborto espontâneo após a negativa de IL, e os sentimentos mais prevalentes em longo prazo foram similares aos das mulheres que realizaram a IL. Para as mulheres que mantiveram a gestação e optaram, por decisão própria, assumir a criança após o parto, os sentimentos iniciais diante da gestação foram de raiva e mágoa e, posteriormente, com a evolução da gestação e o apoio familiar consistente recebido, foi possível o estabelecimento de bom vínculo com o final da gestação e o bebê após o parto.

4) As mulheres relataram isolamento e dificuldade de relacionamento social e familiar logo após a ocorrência da VS, sentimentos que se normalizaram após algumas semanas. A VS sofrida e a descoberta da gravidez foram sempre mantidas em segredo pelas mulheres; por consequência, elas não sentiram diferenças na maneira como eram tratadas socialmente, uma vez que ninguém sabia o que se passava. Por outro lado, as mulheres sentiram mudanças em si próprias na forma de relacionar-se com os demais, tornando-se mais desconfiadas e cuidadosas em relação aos outros; mudanças essas que foram atribuídas principalmente à

experiência da VS. Algumas mulheres relataram dificuldades no relacionamento com os filhos logo após a IL, tornando-se mais distantes e frias, situação que se normalizou com o passar do tempo. Houve dificuldades também na retomada da vida sexual e/ou no envolvimento afetivo com parceiro.

- 5) A maioria das mulheres entrevistadas tinha prática religiosa antes da experiência de IL. A religião teve pouca influência no momento da tomada de decisão pelo procedimento, mas, em longo prazo, elas tiveram dificuldades em retomar a prática religiosa que tinham antes do aborto. Apenas três entrevistadas não mudaram suas práticas religiosas após a experiência de IL, as demais declararam mudanças no sentido de se afastarem da Igreja ou do Templo por não se sentirem mais completamente à vontade ou acolhidas nesses ambientes. Foi expresso também o temor de receberem “castigos” de Deus por terem realizado um aborto.

6. REFERÊNCIAS

1. Galeotti G. História do Aborto. São Paulo: Editora Edições 70; 2007. 174 p.
2. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004. 304 p.
3. Pincus G, Chang MC. The effects of progesterone and related compounds on ovulation and early development in the rabbit. *Acta Physiol Lat Am.* 1953;3(2-3):177-83.
4. Garcia CR, Pincus G. Ovulation inhibition by progestin-estrogen combination. *Int J Fertil.* 1964; 9:95-105.
5. Matos MC. A criminalização do aborto em questão. São Paulo: Almedina, 2010. 110 p.
6. World Health Organization. Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth Edition. 2011.
7. United Nations Population Division. Department of Economic and Social Affairs. World Abortion Policies 2011 (wallchart). New York: United Nations; 2011. Accessed in 01/2014. Available from: URL: [http:// www.unpopulation.org](http://www.unpopulation.org)
8. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de setembro de 1940. Art 128. Acesso em [13/02/2014]. Disponível em:URL:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.

9. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54, de 31 de julho de 2008. [Acesso em junho de 2014]. Disponível em: URL: <http://s.conjur.com.br/dl/acordao-interruptao-gravidez-anencefalo.pdf> .
10. Sedgh G1, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012; 379(9816):625-32.
11. Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. Panorama do aborto no Brasil: grave problema de saúde pública e justiça social. *Radis Comunicação em Saúde*. 2008 fev; 66: 10-15. Disponível em URL: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/66/reportagens/grave-problema-de-saude-publica-e-de-justica-social>. [Acesso em 18/02/2014].
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e Saúde Pública no Brasil. Brasília- DF, 2009.
13. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: Uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet*. 2010;15 Suppl 1:959-66.
14. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 56 p.
15. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*. 2007, 370 (9595): 1338–45.
16. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. New York: Guttmacher Institute; 2009.

17. Hosseini-Chavoshi M, Abbassi-Shavazi MJ, Glazebrook D, McDonald P. Social and psychological consequences of abortion in Iran. *Int J Gynecol Obstet* 118. 2012, Supplement 2: S172-S177.
18. Soares GS. Profissionais de saúde frente à interrupção legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:S399-406.
19. Leocádio EMA. Aborto pós-estupro: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher. Dissertação. Brasília (DF). Universidade de Brasília, 2006. Acesso em [14/03/2014]. Disponível em: URL:http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2364/1/2006_Elcylene%20Maria%20de%20Araújo%20Leocádio.pdfBrasil.
20. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Acesso em: Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
22. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União. Decreto nº 7.958, 13 março de 2013.
23. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

24. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.086, 30 de agosto de 2013.
25. Brasil. Diário Oficial da União. Portaria nº 485, de 1º de Abril de 2014; seção 1, p 53-54.
26. Brasil. Diário Oficial da União. Portaria nº 618, de 22 de julho de 2014; seção 1, p 82.
27. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina*. 2012 nov-dez; 40 (6).
28. 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, Rio de Janeiro, 20(3):679-88.
29. 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 Mar; 10(1): 6-18.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.508, de 1º de setembro de 2005.
31. Brasil. Secretaria de Políticas para Mulheres. Campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha. Dados nacionais sobre violência contra as mulheres. [Acesso em: 02/04/2014]. Disponível em: URL: <http://www.compromissoeatitude.org.br/sobre/dados-nacionais-sobre-violencia-contra-a-mulher/>
32. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.

33. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. Acesso em: Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence>
34. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jan.
35. Faúndes A. Unsafe abortion-the current global scenario. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Aug; 24 (4): 467-77.
36. Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(5):578-85.
37. Handy JA. Psychological and social aspects of induced abortion. *Br J Psychol* 1982; 21(1):29-41.
38. Romans-Clarkson SE. Psychological sequelae of induced abortion. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989; 23(4):555-65.
39. Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science*. 1990 ; 248(4951):41-4.
40. Zolese G, Blacker CV. The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry*. 1992; 160:742-9.
41. Russo NF, Dabul AJ. The relationship of abortion to well-being: to race and religion make a difference? *Prof Psychol Res Pr*. 1997; 28(1):23-31.

42. Major B, Richards C, Cooper ML, Cozzarelli C, Zubek J. Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *J Person Soc Psych.* 1998; 74(3):735-52.
43. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Jan;47(1):16-24.
44. Rees DI, Sabia JJ. The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Med Sci Monit.* 2007 Oct;13(10):CR430-6.
45. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health.* 2008 Jun;36(4):424-8.
46. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med.* 2005 Dec 12;3:18.
47. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety: what's the relationship? *Soc Sci Med.* 2008 Jul;67(2):238-52.
48. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Aug;57(8):777-84.
49. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol.* 2009 Dec;64(9):863-90.
50. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception.* 2008 Dec;78(6):436-50.

51. Cameron 2010. Induced abortion and psychological sequelae. American Psychological Association. Report of the APA task force on mental health and abortion. Washington-DC: American Psychological Association, 2008.
Disponível em: URL: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>.
52. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry*. 2011.
53. American Psychological Association. Report of the APA task force on mental health and abortion. Washington, DC: American Psychological Association; 2008. <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>
54. Lundell IW. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013 Dec;18(6):480-8.
55. Costa RG; Hardy R; Osis MJD; Faúndes A. A decisão de abortar: processo de sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Públ*. 1995 jan/mar; 11 (1): 97-105.
56. Pedrosa IL, Garcia TR. "Não vou esquecer nunca!" A experiência feminina com aborto induzido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000 dez; 8(6): 50-8.
57. Costa LLF, Hardy E, Osis MJD, Faundes A. Termination on pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *RHM*. 2005; 13(26):139-46.
58. Leal OF. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2012, 17(7).

59. 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 (3): 376-82.
60. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 465-69.
61. Cacique DB, Passini Junior R, Osis MJD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. Saúde Soc. São Paulo. 2013, .22 (3):916-36.
62. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. Lancet. 2014. published online in: Nov 21. Available from: URL:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4).
63. Major B, Gramzow RH. Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. J Pers Soc Psychol. 1999;77:735–45;
64. Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. Stigma, Abortion and Disclosure- Findings from a Qualitative Study. J Sex Med. 2012; 9:3137-47.
65. Cockrill K, Upadhyay UD, Turan J, Greene Foster D. The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. Perspect Sex Reprod Health. 2013 Jun;45(2):79-88.
66. Foster DG, Gould H, Kimport K. How women anticipate coping after an abortion. Contraception. 2012 Jul;86(1):84-90.

67. Kimport K. (Mis)Understanding abortion regret. *Symbolic Interaction*. 2012; 35(2): 105-22.
68. Kero A, Lalos A. Ambivalence--a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Jun;21(2):81-91.
69. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med*. 2001 Dec;53(11):1481-90.
70. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion- a feminist perspective. *Scan J Caring Sci*. 2004; 18: 160-8.
71. 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 Jun;43(2):103-9.
72. Bousso RS. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta paul. enferm.* [serial on the Internet]. 2011 [cited 2014 Sep 09] ; 24(3): VII-VIII. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300001>.
73. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo*. 2007 dez;10(4):614-23.
74. Coleman P, Reardon D, Strahan T, Cogle J. The Psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychol Health*. 2005; 20:237-71.
75. Pereira VN, Oliveira FA, Gomes NP, Couto TM, Paixão GNP. Abortamento induzido: vivências de mulheres baianas. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012; 21(4):1056-62.

76. Gesteira SMA; Barbosa VL; Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006 out/dez; 19 (4): 462-67.
77. Kiss LB; Schraiber LB. Temas medicos-sociais e a intervençao em saude: a violencia contra as mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (3): 1943-52.
78. Aquino EML, Menezes GMS, Araujo TVB, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC et al. Qualidade da atençao ao aborto no Sistema Único de Saude do Nordeste Brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(7): 1765-76.
79. Farias RS; Cavalcanti LF. Atuacao diante das situacoes de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saude do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17 (7): 1755-63.
80. Pedrosa MP; Spink MJP. Violence against women in the daily routine of the health services: challenges for medical education. *Saúde Soc*. 2011; 20(1):124-35.
81. Garcia-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira AF, Koziol-Maclain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2014. Published online in: Nov 21. Available from: URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
82. Freud S. (1917 [1915]). Luto e melancolia, In Freud S: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v.14. p 269-91.
83. Hussain R, Finer LB. Unintended pregnancy and unsafe abortion in the Philippines: context and consequences. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)*. 2013 Apr;(3):1-8.

84. Rocca CH, Kimport K, Gould H, Foster DG. Women's emotions after receiving or being denied an abortion. 2013 Sep; 45 (3):122-31.
85. Biggs MA, Upadhyay UD, Steinberg JR, Foster DG. Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? Qual Life Res. 2014 Apr 17; p. 2505-13.

7. ANEXOS

8.1. ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



CEP, 20/12/11.
(PARECER CEP: N° 767/2009)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VIVÊNCIAS DE MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL QUE SOLICITARAM INTERRUPTÃO LEGAL DA GESTAÇÃO NO CAISM/UNICAMP”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Arlete Maria dos Santos Fernandes

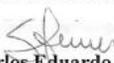
II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a emenda que altera o projeto de pesquisa para projeto de doutorado da aluna Carolina Leme Machado, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de dezembro de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

8.2. ANEXO 2 - FICHA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DE

PRONTUÁRIO MÉDICO

Nº

--	--	--

DATA ___/___/___

PARTE 1- DADOS PESSOAIS

Nome: _____ HC: _____

DN ___/___/___ Telefones _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Data da solicitação da interrupção de gestação: ___/___/___

Solicitação: [1] Aprovada [2] Não aprovada [3] Paciente desistiu da interrupção

Estado marital: [1] Casada/amasiada [2] solteira com companheiro estável [3] solteira

Gestações _____ Partos _____ Abortos _____ Filhos vivos _____

Escolaridade: [1] \leq 8 anos [2] $>$ 8 anos

Estudo atual: [1] Sim _____ (série) [2] Não

Profissão _____ Trabalho: [1] Sim [2] Não Renda R\$ _____

Vive/moradia: [1] só [2] família [3] outro _____

PARTE 2- DADOS DA REALIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO:

3.1) Idade da paciente na época: _____ anos.

3.2) Idade gestacional pela ecografia: _____

3.3) Tempo entre solicitação da interrupção e realização do procedimento: _____

3.4) Fez retornos médicos na instituição? [1] sim [2] não

Passa para 3.5

3.5) Quantos retornos? _____

PARTE 3- DADOS DA CONTINUAÇÃO DA GESTAÇÃO:

4.1) Porque não houve interrupção de gestação?

4.2) A paciente foi encaminhada para pré-natal? [1] sim [2] não

4.3) Realizou pré-natal: [1] Sim, no serviço [2] Sim, em outro serviço

[3] Não

[4] Sem dados

4.4) O parto foi realizado no CAISM? [1] sim

[2] não

4.5) Fez retornos médicos na instituição? [1] sim

[2] não

8.3. ANEXO 3 - PROTOCOLO DE ENTREVISTA TELEFÔNICA

Nº

--	--	--

Nome: _____ HC: _____

Idade: _____ anos. Telefones _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Ano da realização da interrupção legal de gestação: _____

Idade na época da interrupção: _____

Paciente encontrada no número de telefone fornecido: [1] sim [2] não

Olá Sra. _____. Meu nome é Carolina Machado, sou pesquisadora ligada a UNICAMP e estou entrando em contato com você porque estou organizando uma pesquisa de grande importância para melhorar o atendimento às mulheres. Sei, pelos nossos registros, que você está entre as pacientes que fizeram o pedido de interrupção legal de gestação e gostaria de convidá-la para conversarmos um pouco sobre isso e sobre como foi recebida e atendida em nosso serviço. Gostaria de ressaltar que sua participação é extremamente importante para podermos melhorar nosso atendimento para outras mulheres que passem pela situação que você passou. Também é importante dizer que, caso você aceite participar, não terá contato nem com o CAISM nem com as pessoas da equipe que a atenderam na época, a menos que você deseje isso, e que receberá uma pequena ajuda de custo para as despesas de sua vinda até aqui para a entrevista. Seu nome e sua história serão mantidos em segredo e ninguém saberá, nem durante e nem ao final da pesquisa quem é você, sendo que as informações que você fornecer serão usadas somente para trabalhos científicos. Durante a entrevista você poderá se recusar a responder alguns itens caso não se sinta a vontade. Você tem total liberdade para não participar, caso não queira, sem que isso te cause qualquer prejuízo.

1) Você aceita participar dessa pesquisa?

[1] Sim

[2] Não

Se a resposta for *sim*:

2) Agendar local, data e horário da entrevista:

Local: _____

Data: _____

Horário: _____

Se a resposta for *não*:

3) Porque você acha melhor não participar?

Muito obrigada pela sua atenção!

Carolina

8.4. ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Vivências de mulheres vítimas de violência sexual que solicitaram interrupção legal da gestação no Caism/UNICAMP”

Nº

--	--	--

Nome: _____ RG: _____

Idade: _____ anos. Telefones _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Eu _____ fui informada de que esta pesquisa está sendo realizada pela Profa. Dra. Arlete Fernandes, Maria Jose Osis e Carolina Machado para investigação sobre as vivências das mulheres que solicitaram a interrupção legal de gestação no CAISM.

Esta pesquisa será feita para compreender um pouco melhor os sentimentos e experiências das mulheres que solicitaram o aborto legal no CAISM e fizeram ou não fizeram o procedimento. Pela situação que as mulheres viveram será importante avaliar os sentimentos e suas conseqüências para a vida pessoal, emocional e social destas mulheres.

Para participar deste estudo, devo saber que:

- 1) Minha participação é voluntária, sendo que posso recusar a participação sem sofrer qualquer tipo de prejuízo.
- 2) Eu não serei identificada durante o trabalho e nem no final, ninguém ficará sabendo sobre mim, pois o meu nome será retirado da folha da pesquisa e meu nome retirado da gravação.
- 3) Para participar deverei ter uma conversa com a pesquisadora, onde serão feitas perguntas e anotações sobre meus sentimentos, minha vida e meus pensamentos antes e depois da solicitação do aborto legal. Essa conversa será feita em forma de entrevista e será gravada pela pesquisadora, para que não se perca as coisas que eu disser.
- 4) As informações que eu fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos.
- 5) Eu sou livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento. Caso não me sinta à vontade com alguma questão, posso deixar de respondê-la sem que isso implique em qualquer prejuízo.
- 6) Caso queira entrar em contato com as pesquisadoras, posso ligar nos números (19) 3251-9225 ou no (019)3251-9306 no dias úteis das 8:00 às 17:00 hs.
- 7) Caso tenha alguma dúvida sobre como a pesquisa está sendo feita, posso entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, através do telefone 19-35228936.

Eu, _____, HC número _____ aceito participar deste estudo, sendo que minha participação é voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo. Eu recebi uma cópia deste termo.

Assinatura da paciente : _____ Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

8.5. ANEXO 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PACIENTES QUE FIZERAM INTERRUPTÃO LEGAL DE GESTAÇÃO

Nº

--	--	--

Bom dia Sra. A Sra. poderia atualizar alguns dados? Precisamos de algumas informações atuais que podem ter mudado. Você poderia informá-las?

Profissão: _____ Trabalho atual: ()Sim _____ ()Não

Estudo atual: ()Sim _____ ()Não Estado Civil: _____

Escolaridade: ()≤8 anos ()>8 anos

Gostaríamos de conversar sobre a sua experiência de vida quando soube que estava grávida e solicitou interrupção legal, posso iniciar as perguntas?

1) Aspectos da tomada de decisão de interromper a gestação

1. Como você soube que estava grávida?
2. Como você se sentiu quando descobriu que estava grávida?
 - O que foi mais difícil para você desde a descoberta da gravidez até a realização da interrupção de gestação?
3. Em que momento você começou a pensar em interromper a gravidez?
4. Você conversou com alguém para tomar essa decisão?
5. Quem decidiu que você deveria interromper a gestação?
 - Você considera que você foi realmente quem decidiu pela interrupção?
6. E, depois dessa decisão, como você se sentiu?
7. O que foi mais importante para sua decisão de solicitar o aborto?
8. Nessa época você tinha alguma religião? Se sim, qual? Como essa religião interferiu ou não na sua decisão?
9. Alguém sabia o que estava acontecendo com você? Alguém te apoiou nesse período?
 - Família e companheiro (sabiam do que estava acontecendo, reação).
 - Que tipo de apoio você recebeu?
10. Como você se sentiu ao saber que o parecer da comissão foi favorável à realização do procedimento do aborto?

II) Aspectos da vida depois do aborto

14. Como ficou sua vida depois da interrupção de gestação?
 - aspectos do relacionamento com marido/companheiro após o aborto
 - aspectos do relacionamento com familiares, amigos e filhos (se ficou diferente ou não após a interrupção de gestação)
 - Que sentimentos você lembra de ter vivido na época com relação à sua família e aos amigos?
 - Hoje como é seu relacionamento com eles?
15. Você acha que as pessoas passaram a te tratar de forma diferente?
16. Como foi a retomada da vida sexual depois de passar pela interrupção da gestação?
17. Você engravidou novamente depois de ter feito o aborto naquela ocasião?
 - Se sim, como se sentiu ao saber que estava grávida?
 - Se não, por que motivo? Gostaria de ter engravidado novamente?

III) Atualmente

18. Hoje, como você se sente em relação a todas essas experiências que viveu?
 - O que mais te marcou?
 - Se você pudesse voltar naquela época, você mudaria alguma coisa? Faria algo diferente?
19. Em relação a suas crenças religiosas, como você se sente hoje, depois de ter passado por tudo isso?
20. Antes de acontecer toda essa situação com você, o que você pensava do aborto?
21. Quais seus sentimentos hoje com relação ao aborto?
22. O que a interrupção da gravidez trouxe de bom e de ruim para sua vida?
23. O que você diria para uma mulher que passasse por essa situação hoje e pedisse sua ajuda? O que você aconselharia?

IV) Aspectos da atenção no serviço

24. Como você chegou ao CAISM para pedir a interrupção?
25. Você se lembra desse atendimento no CAISM? O que você achou? Como você se sentiu?
26. Você teve retorno agendado no CAISM após a curetagem?
 - Quanto tempo você ainda veio ao CAISM depois da realização do aborto?
 - Se não retornou ao CAISM, porque não retornou?
27. Tem alguma coisa que eu não perguntei que você gostaria de falar?