

SAÚDE MENTAL E ABORTO DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

MENTAL HEALTH AND ABORTION RESULTING FROM SEXUAL VIOLENCE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Victória de Biassio Klepa¹
Livia Meira Lima Paiva²
Renata Bellenzani³
Taysa Schiocchet⁴
Maria Helena Barros de Oliveira⁵

Resumo

O estigma e a discriminação ligados ao aborto, juntamente com políticas restritivas de acesso, a falta de autonomia sobre o próprio corpo, a submissão das mulheres aos seus parceiros e a negligência do Estado em relação à gravidez resultante de violência sexual, são fatores que impactam de forma direta quem busca o procedimento de aborto legal. Este estudo tem como objetivo aprofundar a compreensão dos aspectos que podem desencadear sofrimento psíquico no processo de busca pelo aborto em casos de violência sexual. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca em cinco bases de dados, cuja estratégia de busca recuperou 21 artigos que atendendo aos critérios foram analisados. Para a análise, os principais tópicos foram divididos em seis categorias, sendo elas: motivos e contextos psicossociais para a interrupção da gestação decorrente de uma violência sexual; sofrimento relacionado ao estigma social do aborto e aos papéis de gênero; os riscos potenciais ou danos à saúde mental pela tendência da patologização do aborto; sofrimento envolvendo as barreiras de acesso aos serviços de aborto; redes de apoio psicossocial que amenizam o sofrimento e auxiliam na efetivação do aborto seguro; políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva efetivam direitos e protegem a saúde mental.

Palavras-chave: Aborto legal; Sofrimento psíquico; Abuso Sexual; Estigma; Determinação social da saúde; Saúde Sexual e Reprodutiva.

Artigo Original: Recebido em 30/09/2023 – Aprovado em 23/11/2023 – Publicado em: 22/12/2023

¹ Graduada em Psicologia, Especialista em Direitos Humanos e Saúde, Mestranda em Saúde Coletiva (PPGSC), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Pesquisadora CAPES na Clínica de Direitos Humanos (CDH/UFPR/PPGD), Curitiba/PR, Brasil. e-mail: ybklepa@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6310-4160> (autora correspondente)

² Graduada em Direito, Mestre e Doutora em Direito, Professora do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), Líder do grupo de pesquisa Direitos Humanos, Cultura e Identidade (DIHCI/IFRJ) e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia (NUPEGRE) na Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ). Docente na especialização de Direito e Gênero (EMERJ). Rio de Janeiro/RJ, Brasil. e-mail: liviapaiva0@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0923-0083>

³ Graduada em Psicologia, Mestre em Psicologia Social e do Trabalho, Doutora em Saúde Coletiva, Docente do Departamento de Saúde Coletiva e do PPGSC/UFPR, Colaboradora do Mestrado em Psicologia (PPGPSICO/UFMS) e em Gestão da Clínica (PPGGC/UFSCar), Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFPR/CNPQ), Curitiba/PR, Brasil. e-mail: bellenzanirenata@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7211-6518>

⁴ Advogada, Doutora em Direito, Pós-doutorado em Direito, Professora visitante da Université Paris X, Professora Adjunta da Faculdade de Direito e do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/UFPR), Coordenadora da Clínica de Direitos Humanos/UFPR, Curitiba/PR, Brasil. e-mail: taysa@ufpr.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6703-9036>

⁵ Graduada em Direito e em Psicologia, Mestre em Serviço Social, Doutora em Saúde Pública, Chefe do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS), Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Coordenadora do Doutorado Internacional Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida, Fiocruz/CES, Vice-presidente do NUPEGRE/EMERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. e-mail: mhelenbarros@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1078-4502>

* Apoio financeiro: CAPES, Edital 12/2021 - Impactos da Pandemia.

Abstract

The stigma and discrimination attached to abortion, along with restrictive access policies, the lack of autonomy over one's own body, women's submission to their partners and the state's negligence in relation to pregnancies resulting from sexual violence, are all factors that have a direct impact on those who seek legal abortion. This study aims to deepen our understanding of the aspects that can trigger psychological suffering in the process of seeking an abortion in cases of sexual violence. This is an integrative literature review, with a search in five databases, whose search strategy retrieved 21 articles that were analysed according to the criteria. For the analysis, the main topics were divided into six categories: psychosocial reasons and contexts for terminating a rape-related pregnancy; suffering related to the social stigma of abortion and gender roles; potential risks or damage to mental health due to the tendency to pathologise abortion; suffering involving barriers to accessing abortion services; psychosocial support networks that alleviate suffering and help make safe abortion a reality; sexual and reproductive health policies and programmes that make rights effective and protect mental health.

Keywords: Legal Abortion; Psychological Distress; Sexual Abuse; Stigma; Social Determinants of Health; Sexual and Reproductive Health.

1 Introdução

A violência de gênero assume várias formas, sendo uma delas a violência sexual, com cerca de 80% das vítimas sendo mulheres adultas, crianças e adolescentes do sexo feminino. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente uma em cada três mulheres é vítima de violência física ou sexual por parte de parceiros ou não parceiros (WHO, 2021a). A violência sexual é definida como o próprio ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejadas, atos de tráfico ou direcionados contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, independentemente da relação com a vítima e do contexto em que ocorre (GIUGLIANI et al., 2021). Portanto, não se limita à penetração da vulva ou ânus com pênis (OMS, 2010, p.11 apud GIUGLIANI et al. 2021, p.33).

No que diz respeito ao abortoⁱ, um marco importante foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo, Egito, em 1994. Nesse evento, o aborto foi reconhecido como um sério problema de saúde pública, e decidido que, nos casos previstos em lei, quem gestaⁱⁱ deve ter acesso a um procedimento de interrupção seguro e humanizado (DREZETT, et al. 2012). No entanto, em muitos lugares do mundo, mesmo após quase 30 anos das decisões da CIPD, o aborto não é tratado como uma questão de saúde pública, mas sim como uma questão judicial e, principalmente, penal.

Desse modo, dados da OMS apontam que cerca de 45% dos abortos realizados são inseguros, com 97% deles ocorrendo em países em desenvolvimento (WHO, 2021b). Assim, o cenário na América Latina acerca do acesso ao aborto legal varia. O Uruguai tem uma legislação

progressista, permitindo o procedimento até a 12ª semana sem justificativas específicas. Cuba também tem uma legislação permissiva, com aborto legal e gratuito. Em 2020, a Argentina legalizou o aborto até a 14ª semana, enquanto o Chile permitiu a interrupção em casos específicos desde 2017. No México, em 2023 a Suprema Corte de Justiça da Nação definiu ser inconstitucional a penalização do aborto e obrigou a disponibilização do serviço gratuito nas instituições federais de saúde. No Brasil, o acesso ao aborto é desafiador devido a leis restritivas, permitindo apenas em casos de estupro, risco de vida ou anencefalia fetal. Já em El Salvador, o aborto é proibido em quase todas as circunstâncias, inclusive em casos de estupro ou risco de vida materna (AGUIAR et al., 2018).

Desse modo, a pesquisa tem como objetivo identificar os impactos na saúde mental de pessoas que procuraram pelo procedimento de aborto legal devido a uma violência sexual. Este estudo se justifica pela escassez de pesquisas e orientações técnicas, especialmente na realidade brasileira, acerca dos impactos, e como reduzi-los, na saúde mental das pessoas que buscam serviços de aborto legal após experiências de violência sexual.

2 Metodologia

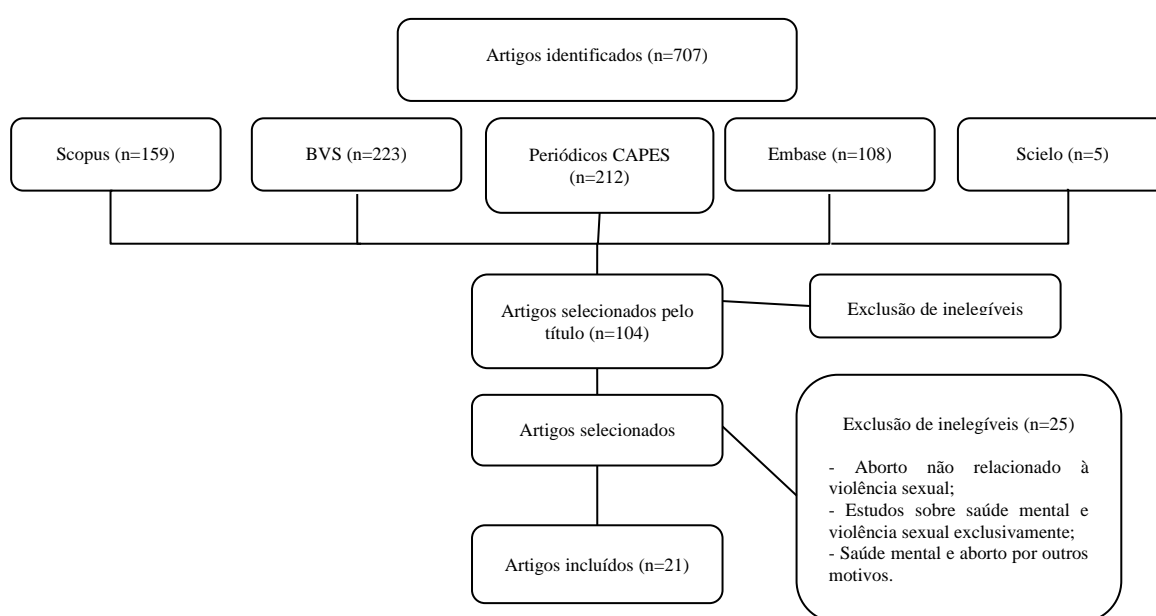
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em que foram utilizados os descritores violência sexual/ estupro, aborto e saúde mental, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (Decs)ⁱⁱⁱ. As bases de dados utilizadas foram: BVS, Periódicos CAPES, Embase, Scielo e Scopus. As buscas foram feitas no período de 28 de outubro de 2022 até 22 de fevereiro de 2023. Não foi realizado um recorte temporal dos artigos encontrados. Consideramos artigos escritos em português, inglês, espanhol e francês. Utilizou-se o software gratuito de gerenciamento bibliográfico Zotero.

Obteve-se um total de 707 artigos, reduzidos a 104 após leitura dos títulos realizada pela pesquisadora principal. Nesse primeiro momento reduziu-se para 104 artigos. A seleção dos artigos foi realizada pela pesquisadora principal, nesse primeiro momento o critério de exclusão adotado foi descartar artigos com temáticas amplas que não tangenciavam aborto por violência sexual no título do artigo^{iv}.

Na segunda etapa, de leitura dos resumos, após aplicados os critérios de inclusão/exclusão, foram obtidos 46 artigos. Para a manutenção dos artigos era necessário que

estes contivessem os descritores aborto; interrupção da gravidez; gravidez por violência sexual; saúde mental (ou termos associados como sofrimento, emocional, estresse, psicológico) no resumo. Já os critérios de exclusão foram: não conter os descritores aborto no resumo; estudos sobre aborto não relacionados à violência sexual; e estudos sobre saúde mental e aborto por outros motivos. Com a leitura dos artigos na íntegra, baseando-se em tais critérios, foram descartados outros 25 artigos^v, obtendo-se 21 artigos que compuseram o corpus de análise.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DE ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SOBRE SAÚDE MENTAL E ABORTO POR VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: As autoras (2023).

3 Resultados e Discussão

A Tabela 1 oferece o detalhamento do delineamento metodológico e da quantidade de participantes por estudo, sejam elas diretas (quando colhidas suas respostas e relatos) ou indiretas (quando os respectivos prontuários são pesquisados).

TABELA 1 – SISTEMATIZAÇÃO DA METODOLOGIA, CARACTERIZAÇÃO E NÚMERO DE PARTICIPANTES NOS ARTIGOS

Continua				
Autores/ Ano	Local de estudo	Metodologia	Participantes diretas ou indiretas	Número de participantes
RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004	Kanchipuram, Índia	Pesquisa qualitativa	Entrevista com mulheres (n=66) e seus maridos (n=44), seleção aleatória, de um centro de educação de Mulheres Rurais de Kanchipuram.	110
MARIUTTI; FUREGATO, 2010	São Paulo, Brasil	Pesquisa qualitativa	Entrevista com mulheres internadas devido ao aborto, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.	13
DREZETT et al., 2011	São Paulo, Brasil	Pesquisa qualitativa	Questionários aplicados a mulheres entre 19 e 44 anos que realizaram aborto legal por estupro no hospital Pérola Byington entre 2000 e 2007.	43
NOMURA et al., 2011	São Paulo e Natal, Brasil	Estudo transversal	Entrevistas com mulheres que procuraram aborto em hospitais universitários de São Paulo (n=166) e Natal (n=150), de janeiro de 2009 a maio de 2010.	316
DREZETT et al., 2012	São Paulo, Brasil	Estudo descritivo	Questionário aplicado a mulheres entre 19 e 44 anos que realizaram aborto legal entre janeiro de 2000 e junho de 2007.	43
PIEL et al., 2013	Paris, França	Estudo observacional retrospectivo	Análise dos registros das maternidades de quatro hospitais universitários em Paris, entre 1 de março de 2001 e 31 de julho de 2010.	103 (prontuários)
MACHADO et al., 2015	Campinas, Brasil	Pesquisa qualitativa	Entrevistas com mulheres (n=10) que realizaram aborto legal por estupro no Hospital da Mulher da Unicamp, e análise de 66 prontuários de aborto de 2006 a 2011.	10+66
PERRY et al., 2015	Chicago, Illinois, EUA	Pesquisa qualitativa	Mulheres (n=9) que realizaram aborto legal por estupro, em clínica universitária; e profissionais (n=12) de seis instituições de Chicago.	21
TINGLÖF et al., 2015	Suécia	Estudo multicêntrico	Mulheres que solicitaram aborto legal com menos de 12 semanas, em seis hospitais públicos na Suécia.	1514

				Continuação
Autores/ Ano	Local de estudo	Metodologia	Participantes diretas ou indiretas	Número de participantes
TOLEDO BLAKE et al., 2015	São Paulo, Brasil	Estudo transversal	Dados de prontuários eletrônicos de mulheres que solicitaram aborto legal em um hospital público de São Paulo de 1994 a 2013.	1.270 (prontuários)
BIGGS et al., 2016	EUA	Estudo de coorte longitudinal prospectivo	Mulheres acompanhadas durante 4 anos, em 30 clínicas de aborto nos EUA, após a realização ou recusa de um aborto legal.	956
NUNES; MORAIS, 2016	Fortaleza, Brasil	Estudo de casos múltiplos	Entrevistas com mulheres que engravidaram de um estupro, atendidas no hospital-maternidade de Fortaleza, utilizou-se Análise de Conteúdo.	3
HODOGLUGIL et al., 2017	Ruanda	Estudo de métodos mistos	Grupos de discussão e entrevistas com mulheres, profissionais de saúde e representantes dos tribunais (n=55). Dados prospectivos de 312 mulheres.	55 + 312
SCOTT et al., 2017	Bukavu, República Democrática do Congo	Estudo de métodos mistos	Entrevistas e survey com (1) mulheres com um filho de uma violência sexual (2) mulheres que realizaram aborto devido a um estupro. Utilizou-se análise temática de conteúdo.	55
MUTTA; YELA, 2017	Campinas, Brasil	Estudo descritivo retrospectivo	Mulheres que realizaram aborto legal após violência sexual na Universidade Estadual de Campinas no período de 1994 a 2014.	131 (prontuários)
SHARMAN et al., 2019	Brisbane, Austrália	Estudo quantitativo	Dados obtidos entre julho de 2012 e junho de 2017 de uma ONG em Brisbane que orienta casos de gravidez não planejada.	6249 (prontuários)
DAYAN et al., 2020	Paquistão e Bangladesh	Estudo transcultural	Avaliação intercultural e transnacional das leis sobre o aborto de 47 países de "maioria muçulmana" (membros da OIC).	-
WANGAMATI; GELE; SUNDBY, 2020	Quênia	Triangulação de métodos	Triangulação de métodos com análise de 42 registros de crianças que sofreram violência, 15 entrevistas e conversas com os profissionais.	15 + 42
ZAREBA; LA ROSA; CIEBIERA, 2020	Polônia e Itália	Revisão bibliográfica	Revisão sobre as implicações psicológicas do aborto, na PubMed e Google Scholar, publicadas em inglês até dezembro de 2019.	-

				Termina
Autores/ Ano	Local de estudo	Metodologia	Participantes diretas ou indiretas	Número de participantes
RUSCHEL et al., 2022	Porto Alegre, Brasil	Pesquisa retrospectiva documental, qualitativo	Dados coletados dos prontuários clínicos das mulheres, totalizando 127 casos.	127 (prontuários)
SANTOS; FONSECA, 2022	São Paulo, Brasil	Estudo exploratório, descritivo, qualitativo	Mulheres que solicitaram aborto legal em um serviço de referência em São Paulo. Análise pela Saúde Coletiva e perspectiva marxiana.	10

FONTE: As autoras (2023).

Os principais achados e discussões nos artigos foram agrupados nas categorias que dão títulos às subseções da seção de resultados.

3.1 Motivos e contextos psicossociais para a interrupção da gestação decorrente de uma violência sexual

A ocorrência do estupro em si emerge como o principal motivo para o desejo de interromper a gestação, pois são amplamente apontados sentimentos de alienação do feto e de seus próprios corpos na condição de terem imaginado a continuidade da gravidez (PERRY et al., 2015). O aborto tem um papel fundamental na possibilidade de continuidade da vida e na produção de autonomia das pessoas que engravidam (PERRY et al., 2015). A interrupção da gestação vem como uma medida de afastamento de relacionamentos violentos e de evitar a criação dos filhos em um ambiente abusivo (SHARMAN et al., 2019). Desse modo, os vários motivos estão diretamente relacionados à violência sexual sofrida: o repúdio ou rejeição da gravidez; o vínculo da gravidez à violência sofrida e ao agressor; a impossibilidade de dissociar a violência e o agressor da imaginação sobre a futura criança; a possibilidade da criança crescer em um ambiente não favorável ao seu desenvolvimento; o impacto emocional da criança em decorrência dos julgamentos da sociedade por sua história de concepção; interferência no projeto de vida das mulheres; ausência de um companheiro, a perda deste ou sua recusa em manter-se no relacionamento em caso de continuidade da gravidez; falta de apoio social ou familiar geral à mulher vítima e gestante (NUNES; MORAIS, 2016; DREZETT et al., 2012).

Em um estudo indiano, em um contexto onde a mulher precisa do consentimento do companheiro para realizar o aborto, os motivos que fundamentaram a interrupção da gestação foram: planejamento familiar e a necessidade ou desejo de limitar a quantidade de filhos; as condições socioeconômicas precárias da família; a ausência de alguém para sustento da gestante durante ou após a gravidez, como mães solo ou mulheres que sofreram violência sexual por outro homem (RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004). Neste contexto cultural, as mulheres possuem um poder de decisão limitado dentro da família e nas questões financeiras, ficando restritas às tarefas domésticas (RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004). O sexo não consensual no casamento foi prevalente entre os relatos das participantes do estudo, afirmando não poderem se recusar a satisfazer desejos sexuais de seus companheiros (RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004). A naturalização da violência sexual no casamento parece ser recorrente na Índia, com ameaças dos companheiros (RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004).

Abortos por motivos denominados “psicossociais” constituem um critério legal para a realização do procedimento na França; quando há um sofrimento causado por uma situação de grande precariedade social, colocando em risco a saúde da gestante (PIEL et al., 2013). Em Piel et al. (2013), o contexto de precariedade social foi identificado em muitas das situações de violência sexual, como ser migrante, menor de idade em casa de acolhimento, isolamento da família e da rede de apoio (PIEL et al., 2013). São frequentes as notificações em que situações de precariedade econômica e condições psicossociais são associadas às razões para o procedimento de aborto (PIEL et al., 2013; TINGLÖF, et al., 2015). O que levanta um tema pouco estudado, acerca da condição da pobreza ou como o pauperismo pode se tornar um motivo - ou uma necessidade que faz pressão - e leva à “escolha” do aborto, abrindo brechas para uma reflexão acerca das condições de classe e essa noção de “escolha”.

3.2 Sofrimento relacionado ao estigma social do aborto e aos papéis de gênero

Há uma produção de sofrimento relacionada ao estigma social do aborto, como o julgamento moral das mulheres que o procuram, diretamente associado à transgressão do papel da maternidade atribuído a elas (SANTOS; FONSECA, 2022; SCOTT et al., 2017). Este julgamento se manifesta mesmo em países que não possuem restrições legais ao procedimento

e pode vir de cônjuges, familiares, profissionais de saúde e membros da comunidade (SANTOS; FONSECA, 2022). A naturalização da maternidade acaba levando à concepção de que mulheres que não geram filhos saudáveis representam um desvio ao padrão cultural imposto, não levar uma gestação a termo também representa o rompimento de uma função (NOMURA et al., 2011). Ademais, o não cumprimento com este papel historicamente atribuído gera culpa e responsabilização da mulher pela perda gestacional, ou pela interrupção da gestação não desejada (NOMURA et al., 2011).

De acordo com um estudo realizado por Shellenberg e Tsui (2012 apud BIGGS et al., 2016) que explorou a relação entre raça, etnia e estigma entre pacientes que realizaram aborto, descobriu-se que as mulheres negras relataram níveis mais elevados de estigma relacionados à sua experiência de aborto. O texto sugere que isto pode ser resultado de maiores níveis de estigma internalizado em relação ao aborto, e reforça a tese de que o racismo é determinante na produção de sofrimento. Muito embora as relações raciais, a discriminação e estigma do aborto não tenham sido aprofundadas neste estudo, entende-se que o racismo integra e consubstancializa a vivência de discriminação sofrida por pessoas que procuram serviços de aborto legal, produzindo uma intensificação do sofrimento.

O estigma tem um impacto na vida concreta acarretando em várias barreiras ao acesso à serviços de saúde, perpetuando a invisibilização dessa demanda entre as pessoas que engravidam, bem como no silenciamento das informações sobre como acessar os recursos e serviços (SANTOS; FONSECA, 2022). A violência sexual em si já é uma experiência marcada pelo estigma, de modo que a procura pelo aborto produz um estigma adicional ou ainda maior (HODOGLUGIL et al., 2017). Os estudos também apontam a perda de oportunidades e de estabilidade social, problemas no casamento já existente, ou na construção de novas relações como manifestações do estigma (SCOTT et al., 2017). Além da estigmatização da mulher, há a estigmatização dos filhos nascidos de gravidez decorrente de violência sexual (SCOTT et al., 2017). Dessa forma, há um sofrimento produzido pelo abandono, desrespeito, exclusão e rejeição, logo, há uma tendência de as mulheres serem excluídas, por discriminação, de atividades da coletividade, por grupos e por pessoas e instâncias até então tidas como de afeto e apoio (SCOTT et al., 2017).

A manutenção da violência em segredo se torna uma estratégia no esforço para lidar com a violência passada, evitando o trauma, a culpa, a vergonha e a rejeição social (MACHADO et al., 2015; SCOTT et al., 2017; RUSCHEL et al., 2022). O segredo e o

silenciamento da situação de violência corroboram para a desinformação e a não procura por ajuda, o que leva à procura de alternativas mais inseguras para o aborto, como o uso de chás ou pílulas (RUSCHEL et al., 2022; HODOGLUGIL et al., 2017), pressupondo a responsabilidade individual por isso. Em comunidades onde o estigma do aborto é maior, como na Ruanda, as pessoas que engravidam têm mais chances de recorrer ao aborto inseguro, mesmo quando opções legais estão disponíveis (HODOGLUGIL et al., 2017).

Em países como o Brasil, cujas leis são restritivas e o contexto sociocultural é desfavorável ao aborto, pela existência de uma oposição religiosa, o estigma sobre as mulheres que abortam tende a ser maior, aumentando a tendência ao silenciamento (MACHADO et al., 2015). Países islâmicos também apresentam resistência, associado a valores religiosos, culturais, éticos e morais mais rígidos, gerando estresse e hostilidade às mulheres (DAYAN et al., 2020). Uma das expressões desse estigma é a violência contra mulheres casadas e o peso do “filho ilegítimo”, àqueles que nasceram de uma gravidez indesejada ou de uma violência sexual (DAYAN et al., 2020).

Diversos autores referem que cônjuges e pessoas próximas são os principais agressores sexuais, no caso de crianças e adolescentes a violência é cometida principalmente por pais e padrastos, muitas vezes não identificada enquanto uma relação abusiva por se tratar de um familiar (RUSCHEL et al., 2022; RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004; TOLEDO BLAKE et al., 2015). A manutenção dessa lógica de silenciamento, mobilizada ou intensificada pelo esforço de preservação das relações familiares acaba por invisibilizar violências que ocorrem dentro de casa (RUSCHEL et al., 2022; RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004), além de favorecer vivências de isolamento e solidão que concorrem com a necessidade das vítimas de serem acolhidas e apoiadas pelo meio social.

A violência dentro de casa leva à demora para acessar os serviços de saúde reprodutiva, comprometendo o acesso à assistência ao aborto, impossibilitando ainda a oportunidade de acessar ajuda, a socialização do suporte e do provimento de necessidades (SHARMAN et al., 2019). Os estudos indicam que as mulheres muitas vezes se sentem julgadas por profissionais de saúde e delegacias ao relatarem casos de violência sexual (RUSCHEL et al., 2022). Há também o temor da criminalização ao procurarem ajuda, sendo questionadas sobre a veracidade da violência sofrida (RUSCHEL et al., 2022). O estigma em torno do aborto entre profissionais de saúde é frequente, influenciado por crenças religiosas, levando alguns a se distanciarem de equipes de cuidados ligados ao aborto, por receio de serem rotulados como “aborteiros”

(RUSCHEL et al., 2022). A recusa de profissionais em realizar abortos por objeção de consciência, baseada em convicções pessoais, contribui para a persistência do tabu em torno do aborto, criando barreiras religiosas, políticas e éticas. Isso não apenas dificulta o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, mas também nega o direito aos cuidados de saúde (MACHADO et al., 2015; WANGAMATI; GELE; SUNDBY, 2020).

3.3 Os riscos potenciais ou danos à saúde mental pela tendência da patologização do aborto

Diversas pesquisas exploraram a relação entre o aborto decorrente de violência sexual e alguns diagnósticos psiquiátricos. Indivíduos que passaram por uma gravidez resultante de violência sexual podem ter uma maior probabilidade de desenvolver depressão ou transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após o procedimento (BIGGS et al., 2016; DAYAN et al., 2020; TINGLÖF et al., 2015; WANGAMATI; GELE; SUNDBY, 2020; RUSCHEL et al., 2022; SCOTT et al., 2017). Ademais, há uma associação reconhecida entre abuso sexual e um maior risco de desenvolver diversos outros transtornos, incluindo ansiedade, depressão, distúrbios alimentares, problemas de sono e tentativas de suicídio (TOLEDO BLAKE et al., 2015).

O risco de depressão é mais elevado quando o aborto ocorre na primeira gravidez ou em gestações antes dos 25 anos, aumentando as chances de ansiedade, pensamentos suicidas e dependência de drogas (NOMURA et al., 2011). Em contraste, alguns estudos concluem que o aborto legal, realizado no primeiro trimestre da gravidez, não tem consequências significativas para a saúde mental (NOMURA et al., 2011). Uma pesquisa realizada em países islâmicos sugere que a interrupção da gravidez pode prevenir a manifestação de transtornos (DAYAN et al., 2020). Entretanto, os estudos não indicam diferenças significativas no sofrimento entre mulheres que realizaram o aborto e aquelas cujo acesso ao aborto foi negado, destacando que as circunstâncias da gravidez são a principal fonte de angústia, não o procedimento em si (BIGGS et al., 2016). As autoras observam que expressões emocionais como tristeza, desinteresse, medo, vergonha, raiva, nojo, desvalia, anedonia, alterações de sono e ideação suicida são comuns, mas são frequentemente interpretadas como sintomas de diagnósticos clínicos em vez de reações às circunstâncias (MACHADO et al., 2015; MUTTA; YELA, 2017; RUSCHEL et al., 2022; SCOTT et al., 2017).

De modo geral, a produção de sofrimento relacionado a este processo é inegável, mas ela não está especificamente relacionada ao aborto. Biggs et al. (2016) mencionam várias questões que produzem sofrimento, sendo algumas delas: a própria decisão de abortar; a experiência de realizar um aborto; o próprio procedimento; a experiência na clínica de aborto; o confronto com manifestantes antiaborto; as reações negativas de terceiros; a violência sexual; os problemas de relacionamento; outras questões de saúde; uso de substâncias; preocupações com os filhos mais velhos; questões de custódia ou na criação dos filhos já concebidos; problemas financeiros; acidentes; entre outros (BIGGS et al., 2016).

Alguns artigos investigaram a possibilidade de uma "síndrome do trauma do aborto" como uma manifestação psicopatológica (BIGGS et al., 2016; ZAREBA; LA ROSA; CIEBIERA, 2020). No entanto, essas pesquisas encontraram achados que indicam a inexistência dessa síndrome, como evidenciado por estudos, como o de DREZETT et al. (2012). De fato, essas análises identificaram respostas emocionais satisfatórias e positivas em relação ao aborto induzido legalmente (DREZETT et al., 2012).

Identificar "sintomas" ou diagnósticos psiquiátricos relacionados ao aborto apresenta desafios. Conforme observado por Biggs et al. (2016), mulheres que atribuem seus sintomas ao aborto podem estar se referindo especificamente ao procedimento. Dada a presença de várias barreiras e estigmas associados à busca pelo procedimento, torna-se complicado discernir se o desafio reside no aborto em si ou nas dificuldades enfrentadas durante a busca pelo acesso. Além disso, fatores como a decisão de interromper a gestação, o estigma internalizado, as condições financeiras e o impacto nos relacionamentos e na sexualidade podem contribuir para formas variadas de sofrimento (BIGGS et al., 2016).

3.4 Sofrimento envolvendo as barreiras de acesso aos serviços de aborto

Há uma série de barreiras que inviabilizam ou dificultam muito o acesso ao aborto, cujos estresses e tensões implicam em danos emocionais e psíquicos e, portanto, riscos à saúde mental. São apontadas: o desconhecimento da existência dos serviços de aborto legal; desconhecimento acerca da sua legalidade e dos locais para realização; a própria inexistência, pouca disponibilidade ou baixa qualidade dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual; a localização de difícil acesso dos serviços de referência em aborto; a

dificuldade das mulheres de se ausentarem das atividades laborais para realização do procedimento; a desresponsabilização dos serviços e dos profissionais de saúde; a ausência de serviços de referência em aborto; a escassez de profissionais que realizem o aborto; a precariedade de infraestrutura; burocracias; desinformação sobre leis e fluxos (NUNES; MORAIS, 2016; SANTOS; FONSECA, 2022; RUSCHEL et al., 2022).

São descritas, também, barreiras de acesso em razão de: sentir-se ameaçada; possibilidade de sofrer constrangimentos; o medo de uma reação negativa da família ou do parceiro; medo do procedimento em si; a vergonha e o temor de se expor; julgamento e culpabilização pela ocorrência da violência; medo de judicializar o caso; sentimento de culpa por não ter reagido e ou conseguido evitar o estupro; medo de tratamento desrespeitoso por parte da polícia ou do exame forense; medo de ser desacreditada; medo da estigmatização; dificuldades financeiras pelos gastos com deslocamento aos serviços de saúde; ter de ausentar-se da família, do papel materno e do cuidado dos filhos mais velhos (NUNES; MORAIS, 2016; SANTOS; FONSECA, 2022; RUSCHEL et al., 2022).

Por outro lado, há casos em que o acesso ao aborto foi efetivo, mas o desconhecimento da legislação vigente entre os profissionais de saúde acaba por ocasionar posturas inadequadas e dificultar a sua operacionalização (MACHADO et al., 2015; WANGAMATI; GELE; SUNDBY, 2020). Por desconhecimento os profissionais encaminham as pessoas para outros serviços de saúde, para o Judiciário, para órgãos da segurança pública ou da assistência social, o que evidencia a não responsabilização - ou mesmo um desconhecimento do protocolo ou fluxo adequado - pelo serviço prestado, configurando violações ou negligências de direitos e violências institucionais adicionais (TOLEDO BLAKE et al., 2015).

No Brasil, a legislação considera que a mulher não tem o dever legal de denunciar o incidente à polícia e não é obrigada a apresentar um boletim de ocorrência. No entanto, o que se observa muitas vezes é a manutenção da exigência do boletim de ocorrência ou da judicialização do caso. As pessoas em situação de violência deixam de procurar o serviço de saúde por se sentirem constrangidas pela suposta obrigatoriedade de ir à delegacia de polícia, (MUTTA; YELA, 2017), ou pelo constrangimento promovido por grupos antiaborto.

Contudo, em certos países, como é o caso de Ruanda, obter uma ordem judicial é uma etapa crucial no processo legal para validar que a gravidez é resultado de estupro, incesto ou casamento forçado, possibilitando, assim, o acesso ao aborto legal (HODOGLUGIL et al.,

2017). Nessas circunstâncias, os profissionais de saúde somente têm autorização para realizar a

interrupção da gravidez com a devida ordem judicial a interrupção da gravidez sem a devida ordem judicial (HODOGLUGIL et al., 2017). Essas exigências de confirmação do relato da vítima de violência, como condição para acessar o aborto legal, acabam estabelecendo um tipo de "processo investigativo" para determinar o "status de vítima", com o propósito de verificar a autenticidade dos eventos (RUSCHEL et al., 2022).

Outro desafio surge devido ao tempo necessário para concluir esses procedimentos legais, e, dependendo da demora, pode ser tarde demais para realizar o aborto (HODOGLUGIL et al., 2017). O prolongamento do período de espera enquanto a equipe multidisciplinar avalia a situação foi destacado no estudo de Machado et al. (2015), causando ansiedade e temores em relação à possibilidade de ter a solicitação de interrupção legal negada. Essa demora resultou em sofrimento, já que alguns profissionais expressaram opiniões pessoais contrárias ao aborto ou fizeram comentários religiosos, gerando sentimentos de confusão, culpa e julgamento (MACHADO et al., 2015).

A ausência de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva, juntamente com a restrição ao acesso aos serviços de aborto legal, políticas restritivas e barreiras administrativas, são formas de violência institucional contra pessoas já em situação de vulnerabilidade (TOLEDO BLAKE et al., 2015). Estas inadequações levam à procura de alternativas como o aborto inseguro, cujas consequências são ainda mais graves, frente ao risco de morte (TOLEDO BLAKE et al., 2015). Assim, a inexistência de uma política de saúde sexual e reprodutiva e de uma rede de enfrentamento à violência contra a mulher revela uma desresponsabilização da sociedade e do Estado frente às necessidades de parcelas da população, em situações que demandam respostas coletivas. Destaca-se a dimensão política e social nas discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, frequentemente estigmatizadas, cuja inclusão na esfera legislativa depende dos interesses dos representantes eleitos. Em contextos mais conservadores, esses direitos podem ser ignorados ou desrespeitados.

3.5 As redes de apoio psicossocial que amenizam o sofrimento e auxiliam na efetivação do aborto seguro

Evidências destacam a importância de recursos externos, como a rede de apoio familiar ou profissional, como estratégicos para enfrentar situações de gravidez indesejada, violência sexual e busca pelo aborto (NUNES; MORAIS, 2016). A elaboração de planos futuros, a reafirmação de projetos pessoais e profissionais, o apoio de familiares, crenças e a religiosidade são fundamentais para lidar com adversidades, incluindo prejuízos significativos na qualidade de vida, como problemas na vida sexual, autoimagem negativa, perda de autoestima, dificuldade em relacionamentos interpessoais, isolamento social, abandono do trabalho, resistência aos estudos, dificuldades com os filhos e afastamento de relacionamentos familiares e sociais (NUNES; MORAIS, 2016; RUSCHEL et al., 2022). Esses impactos não se manifestam necessariamente em todas as pessoas, nem nos mesmos níveis ou simultaneamente. Portanto, o resultado positivo nessas circunstâncias depende da atitude acolhedora da rede de suporte, que não evoque a violência e obstaculize a procura por ajuda ou pelos serviços (PERRY et al., 2015).

Um aspecto central do acesso ao aborto é a gratuidade. Nos Estados Unidos, é possível um financiamento do procedimento via Medicaid^{vi} às vítimas de estupro nas clínicas de aborto, contudo, Perry et al. (2015) apontam obstáculos frequentes na obtenção do reembolso produzindo estresse e sofrimento, haja vista as incertezas quanto ao recebimento, prazos e autorizações (PERRY et al., 2015).

3.6 Políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva efetivam direitos e protegem a saúde mental

Scott et al. (2017) indicam que a existência de programas e políticas mais abrangentes de saúde reprodutiva está diretamente ligada a um maior conhecimento das demandas e a um processo de vigilância epidemiológica da violência sexual. Sharman et al. (2019) complementam, destacando que ampliar o entendimento sobre os impactos da violência pode reduzir o estigma, aumentar o suporte e oferecer acolhimento e escuta qualificada. Além disso, considerando os impactos na saúde mental relacionados a fatores psicossociais e condições sociais mais amplas, a produção de saúde depende da garantia de direitos, como assistência médica e assistencial, por meio da implementação de políticas e programas em saúde sexual e reprodutiva (SCOTT et al., 2017). A disponibilidade de serviços especializados proporciona à

mulher segurança, um relacionamento com profissionais e confiança para compartilhar informações importantes, evitando a subnotificação desse fenômeno (SHARMAN et al., 2019).

Santos e Fonseca (2022) destacam a precariedade da assistência e a revitimização enfrentada por mulheres no sistema de saúde brasileiro. Problemas como exposição, constrangimento e demora nos atendimentos, especialmente em casos de demanda de aborto, são frequentes. O texto ressalta a necessidade crucial de os serviços de saúde e os profissionais se responsabilizarem pelo apoio às mulheres na busca pelos seus direitos reprodutivos, reconhecendo que elas são as protagonistas de suas escolhas reprodutivas. Além disso, são mencionadas as necessidades fundamentais de acolhimento, baseado em escuta qualificada, sigilo profissional, apoio e assistência resolutiva (SANTOS; FONSECA, 2022).

Um estudo brasileiro destaca que a falta de rede de apoio às vítimas de violência em diversos municípios, a deficiência na estrutura organizacional dos serviços e o julgamento por parte dos profissionais de saúde resultam em dificuldades na vinculação, acesso e busca pelos serviços de saúde (SANTOS; FONSECA, 2022). Perry et al. (2015) observam que, mesmo em países com leis mais permissivas e presença de clínicas de aborto, os serviços de aconselhamento frequentemente não estão disponíveis. No contexto brasileiro, a limitação no atendimento devido à escassez de vagas e à alta demanda por atendimentos obstétricos nos serviços públicos é evidente (NOMURA et al., 2011). Por outro lado, Machado et al. (2015) compartilham experiências positivas no Brasil, onde as participantes do estudo se sentiram ouvidas e apoiadas no acolhimento. A atitude não condenatória da equipe, tanto em relação à violência sexual quanto ao aborto, juntamente com a compreensão de que a mulher foi vítima de violência e suas ações não são a causa dessa violência, são práticas de acolhimento benéficas mencionadas (MACHADO et al., 2015).

Por fim, o conhecimento do direito ao aborto, a garantia de serviços de atendimento em situações de violência e a efetividade nos encaminhamentos para o procedimento de aborto foram apontados como aspectos fundamentais para um desfecho positivo (MACHADO et al., 2015; PERRY et al., 2015; DREZETT et al., 2012). Sentimento de felicidade e alívio por terem conseguido a aprovação para a realização da interrupção da gestação, advém somente com o acesso a este serviço (MACHADO et al., 2015). Citando Santos e Fonseca (2022), percebe-se, finalmente, que “as necessidades suscitadas não estão vinculadas apenas à violência sofrida e à gravidez resultante dela, mas também às respostas oferecidas pelos serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência contra a mulher” (SANTOS; FONSECA, 2022).

4 Considerações finais

O estudo apresenta algumas limitações, como a exclusão de artigos que abordam aborto induzido. Notou-se, posteriormente que os resultados desta busca poderiam conter estudos relacionados a gestações decorrentes da violência sexual. Além disso, outra limitação é a suposição inicial de que há sofrimento psíquico associado à busca pelo aborto. Isso se torna complexo, pois, ao ocorrer em situações de violência sexual, é difícil distinguir entre o sofrimento decorrente da violência sofrida e aquele especificamente relacionado à experiência de buscar o aborto. As vivências durante esse processo, no confronto ou interação com instâncias e profissionais que podem acolher, validar ou dificultar o acesso ao aborto, também influenciam esse contexto.

Outro ponto é que há um predomínio de pesquisas desenhadas para um modelo binário de gênero que, portanto, dá visibilidade à experiência de aborto apenas em mulheres cisgênero, excluindo as experiências de pessoas não binárias ou transmasculinas. A pesquisa de revisão aponta para uma tendência de que a maioria das pessoas que passa por um aborto cuja gestação é decorrente de uma violência, experimenta inicialmente sentimento de culpa, que desaparecem nos primeiros dias após o procedimento. A maioria delas sente felicidade e alívio com a realização do aborto. Além disso, os estudos mostram que os relacionamentos familiares, de trabalho, escola, amigos e parceiros íntimos não são afetados negativamente pela interrupção da gravidez no contexto da violência. Os efeitos negativos são raros, de gravidade geralmente menor do que manter uma gravidez indesejada, e são considerados uma resposta emocional normal à crise, não havendo evidência de uma correlação direta entre o aborto e o adoecimento psíquico. As circunstâncias da vida, as políticas públicas existentes, e a presença ou não de suporte no momento do aborto podem configurar situações potencialmente mais negativas à saúde mental das pessoas e impactar no modo como esta experiência é vivida e significada.

Identificamos que alguns achados e discussões das pesquisas analisadas levantam o problema da patologização e medicalização de vivências psicológicas “negativas”, as quais surgem em contextos socioculturais e político-econômicos específicos (como o estigma em torno do aborto, manifestações de machismo, conservadorismo, violações de direitos, incluindo ações estatais e a falta de laicidade, além da comercialização dos serviços de saúde). A procura

e a realização do aborto tende a ser potencialmente geradora de sofrimentos esperados neste cenário, não sendo sinais imediatos de transtornos mentais. Essa situação não apenas envolve condições objetivas estressantes, mas evoca significados sociais e sentidos pessoais que entram em choque, envolvendo normas e papéis sociais, principalmente o da maternidade, feminilidade. Isso intensifica as pressões já existentes cotidianamente em uma estrutura social machista, incrementada por prerrogativas judaico-cristãs, no contexto brasileiro. Tal estrutura tende a punir ou recriminar mulheres em momentos cotidianos e adicionalmente em momentos de vulnerabilidade específica, quando suas escolhas e decisões evocam alternativas que, mesmo com aspectos positivos, não estão isentas de elementos negativos, sendo, portanto, dialéticas.

Desponta como agenda de pesquisa no tema, o foco mais amplo contemplando os processos estruturais que configuram as experiências relacionadas ao aborto, as dinâmicas socioculturais, os determinantes sociais da violência sexual e dos processos de risco, danos e adoecimentos decorrentes desta, os impactos do patriarcado sobre os corpos e as vidas das mulheres, na sociedade como um todo, e como isso se expressa nas subjetividades (SCOTT et al., 2017). Merecem mais investigações no campo do direito ao aborto e sua relação com a saúde mental, os aspectos estruturais acerca de como o modo de produção capitalista, de mercantilização de necessidades humanas, impacta nas relações de trabalho e nas atribuições do trabalho reprodutivo às mulheres e as implicações desta base material aos processos de subjetivação sobre o aborto. E, também, estudos sobre como atuam nas determinações de sofrimento, os aspectos mais particulares aos grupos sociais diversos de mulheres e de mulheridades, a depender da ocupação enquanto trabalhadoras e das formas menos ou mais precarizadas no mercado de trabalho, a que grupo étnico-racial pertencem, orientações sexuais e identidades de gênero, perfis familiares, entre outros.

Um destaque merece ser dado aos achados de maiores níveis de estigma que recaem sobre as mulheres negras. O estigma ao aborto faz com que seja inviabilizada uma importante discussão sobre a autonomia das mulheres/pessoas que gestam e sobre uma relevante questão de saúde pública. É preciso mitigá-lo e fazer avançar as políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva, que podem atuar na redução de violências contra as mulheres (TOLEDO BLAKE et al., 2015). É preciso avançar mundialmente em políticas classistas e feministas que protejam os direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o aborto, e sejam comprometidas com a proteção da vida e com o respeito à autonomia de todo o espectro da mulheridade possível da classe trabalhadora.

O “nó” entre a exploração de classe, o patriarcado/machismo e o racismo (SAFFIOTI, 2015) implica a configuração de condições e modos de vida diversos que, por conseguinte, no encontro dialético com o meio econômico, jurídico, cultural e político, produzirão os contornos da experiência de violência sexual, do pós violência, até o conhecimento da gravidez em curso, e o acesso a um recurso de saúde que atenda uma necessidade biopsíquica legítima - a interrupção de uma gestação decorrente de uma violação da dignidade humana. Uma vez tomada a decisão pelo aborto, mesmo em situações de sua não criminalização, permanece a demanda ao meio social de acolhimento e apoio. Isso ainda não é uma realidade para muitas mulheres no mundo, sobretudo em países em que elas ainda sofrem os efeitos da criminalização de sua necessidade. Desse modo, o impacto das vivências em torno do não acesso, ou das dificuldades, ao aborto decorrente do estupro, com as implicações do estigma e das violências combinadas, pode ser potencialmente de risco ou danoso à saúde mental, o que não ocorre por motivos isolados, e sim em função de um conjunto de processos interconectados.

Referências

AGUIAR, B. H. K.; SILVA, J. M.; LIBARDI, M. B. O.; PASSOS, J. A.; ANDRADE, S. C.; PARENTE, P. B. C.; ARRAIS A. R.; OLIVEIRA, A. M. I. A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma Revisão Narrativa. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, n.1, p. 36-44, 2018.

BIGGS, M. A.; ROWLAND, B.; MCCULLOCH, C. E.; FOSTER, D. G. Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. **BMJ open**, v. 6, n. 2, p. e009698–e009698, 2016.

DAYAN, F.; SHERAZ, M. M.; MAHMOOD, M. R.; AL-MAHMOOD, A. K.; ISLAM, S. A medico-legal perspective on the termination of pregnancies resulting from wartime-rape. **Bangladesh Journal of Medical Science**, v. 19, n. 3, p. 372–385, 2020.

DREZETT, J.; PEDROSO, D.; GEBRIM, L. H.; MATIAS, M. L.; MACEDO JÚNIOR, H.; ABREU, L. C. Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres. **Reprod. clim**, v. 26, n. 3, p. 85–91, 2011.

DREZETT, J.; PEDROSO, D.; VERTAMATTI, M. A.; MACEDO JUNIOR, H.; TODELO BLAKE, M.; GEBRIM, L. H.; VALENTI, V. E.; ABREU, L. C. Pregnancy resulting from sexual abuse: Reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion - pregnancy and violence. **HealthMED**, v. 6, n. 3, p. 819–825, 2012.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A. E.; PATUZZI, G. C.; SILVA, M. C. B. Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões. Rio de Janeiro: **Editores Fiocruz**, 2021.

HODOGLUGIL, N. N. S.; NGABO, F.; ORTEGA, J.; NYIRAZINYOYE, L.; NGOGA, E.; DUSHIMEYEZU, E.; KANYAMANZA, E.; PRATA, N. Making Abortion Safer in Rwanda:

Operationalization of the Penal Code of 2012 to Expand Legal Exemptions and Challenges. **African journal of reproductive health**, v. 21, n. 1, p. 82–92, 2017.

MACHADO, C. L.; FERNANDES, A. M. DOS S.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 345–353, 2015.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 183–189, 2010.

MUTTA, D. S.; YELA, D. A. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 135, n. 4, p. 363–368, 2017.

NOMURA, R. M. Y.; BENUTE, G. R. G.; AZEVEDO, G. D. DE; DUTRA, E. M. S.; BORSARI, C. G.; REBOUÇAS, M. S. S.; LUCIA, M. C. S.; ZUGAIB, M. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 644–650, 2011.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, n. 4, p. 468–476, 2016.

PERRY, R.; MURPHY, M.; HAIDER, S.; HARWOOD, B. “One Problem Became Another”: Disclosure of Rape-Related Pregnancy in the Abortion Care Setting. **Women’s health issues**, v. 25, n. 5, p. 470–475, 2015.

PIEL, B.; AZRIA, E.; OURY, J.-F.; CARBILLON, L.; MANDELBROT, L. Terminations of pregnancy for maternal indications in the Paris area: A retrospective multicenter study in the period between the 2001 French law on termination of pregnancy and the new bioethics law. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction**, v. 42, n. 4, p. 342–350, 2013.

RUSCHEL, A. E.; MACHADO, F. V.; GIUGLIANI, C.; KNAUTH, D. R. Women victims of sexual violence: critical paths in the search for the right to legal abortion. **Cadernos de saúde pública**, v. 38, n. 10, p. e00105022, 2022.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado violência**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SANTOS, D. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo aborto legal. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 30, 2022.

SCOTT, J.; MULLEN, C.; ROUHANI, S.; KUWERT, P.; GREINER, A.; ALBUTT, K.; BURKHARDT, G.; ONYANGO, M.; VANROOYEN, M.; BARTELS, S. A qualitative analysis of psychosocial outcomes among women with sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo. **International journal of mental health systems**, v. 11, n. 1, p. 64–64, 2017.

SHARMAN, L. S.; DOUGLAS, H.; PRICE, E.; SHEERAN, N.; DINGLE, G. A. Associations Between Unintended Pregnancy, Domestic Violence, and Sexual Assault in a Population of Queensland Women. **Psychiatry, Psychology, and Law**, v. 26, n. 4, p. 541–552, 2018.

RAVINDRAN, T. K.S.; BALASUBRAMANIAN, P. “Yes” to abortion but “no” to sexual rights: The paradoxical reality of married women in rural Tamil Nadu, India. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 23, p. 88–99, 2004.

TINGLÖF, S.; HÖGBERG, U.; LUNDELL, I. W.; SVANBERG, A. S. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. **Sex Reprod Health**, v. 6, n. 2, p. 50–3, 2015.

TOLEDO BLAKE, M.; DREZETT, J.; MACHI, G. S.; PEREIRA, V. X.; RAIMUNDO, R. D.; OLIVEIRA, F. R.; TAVARES, L. F. B.; FIGUEIREDO, F. W. S.; PAIVA, L. S.; SARUBBI, V.; ADAMI, F.; ABREU, L. C. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. **International Archives of Medicine**, v. 8, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L604426108&from=export>>.

WANGAMATI, C. K.; GELE, A. A.; SUNDBY, J. Post Rape Care Provision to Minors in Kenya: An Assessment of Health Providers’ Knowledge, Attitudes, and Practices. **Journal of interpersonal violence**, v. 35, n. 5–6, p. 1415–1441, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: **World Health Organization**, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Abortion. 2021b. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>>. Acesso em: 15/12/2023.

ZAREBA, K.; LA ROSA, V. L.; CIEBIERA, M.; MAKARA-STUDZINSKA, M.; COMMODARI, E.; GIERUS, J. Psychological effects of abortion. An updated narrative review. **Eastern Journal of Medicine**, v. 25, n. 3, p. 477–483, 2020.

ⁱ De acordo com as diretrizes da OMS para sistemas de saúde, o termo "aborto" ou "abortamento" refere-se ao procedimento de interrupção da gestação até a 22ª semana, desde que o feto pese menos de 500 gramas.

ⁱⁱ Adota-se o uso da categoria pessoas para não restringir a busca de pesquisas somente com pessoas do sexo (biológico) feminino, podendo assim abarcar a diversidade do ser mulher, além de abrir a possibilidade de que haja estudos com homens trans e pessoas não binárias, vítimas de estupro, podendo engravidar e buscar um aborto. Assim, a categoria pessoas pode abarcar mulheres cisgênero, homens transgênero e não binários.

ⁱⁱⁱ A construção da estratégia de busca e a escolha das bases de dados foi realizada com apoio da bibliotecária do Setor de Ciência da Saúde, que construiu as estratégias com os descritores específicos para cada base de dados. Inicialmente, utilizou-se o descritor “aborto por demanda”, no entanto ao identificar que haviam muitos resultados advindos de países cuja legislação do aborto é mais ampliada, optou-se por excluir o descritor “aborto por demanda” e incluir “estupro”.

^{iv} Portanto foram excluídos artigos que abordaram aborto resultado de gestações não planejadas, aborto sob demanda, aborto terapêutico; estudos sobre planejamento familiar e controle populacional; estudos sobre saúde mental de abusadores (sexual *offenders*); saúde mental e violência sexual; saúde mental e adolescência; violência sexual na infância; artigos sobre avanços na legislação de aborto e código penal.

^v Por não haver acesso ao artigo completo, não apresentar no corpo do estudo achados relacionados à saúde mental, violência sexual e aborto legal.

^{vi} A Emenda Hyde é um projeto de lei destina fundos federais para o aborto em casos de gravidez resultado de estupro, incesto, ou risco de morte materna. Nesses casos a paciente pode solicitar o reembolso do Medicaid pelo procedimento aborto, ou através de um programa de vouchers para violência sexual que cobre os custos relacionados à agressão por 90 dias (PERRY et al., 2015, p.4).