UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANYELLE LEONETTE ARAÚJO DOS SANTOS

MULHERES NA BUSCA PELO ABORTO LEGAL:
ROTA CRÍTICA PERCORRIDA E NECESSIDADES EM SAÚDE SUSCITADAS

SÃO PAULO
2019

DANYELLE LEONETTE ARAÚJO DOS SANTOS

MULHERES NA BUSCA PELO ABORTO LEGAL:
ROTA CRÍTICA PERCORRIDA E NECESSIDADES EM SAÚDE SUSCITADAS

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem, da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

SÃO PAULO
2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Danyelle Leonette Araújo dos
Mulheres na busca pelo Aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas / Danyelle Leonette Araújo dos Santos. São Paulo, 2019.
226 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
Área de concentração: Enfermagem

1. Violência contra a mulher. 2. Violência sexual. 3. Estupro. 4. Aborto. 5. Aborto (Direito). 5. Atenção à saúde. 6. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Danyelle Leonette Araújo dos Santos

Título: Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em ____/ ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

Instituição: EEUSP

Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Para todas as mulheres que optam por romper o silêncio da violência e enfrentam suas dores mais profundas para renascer.

Às mulheres que compartilharam conosco suas histórias e que tiveram suas vozes eternizadas neste estudo.

AGRADECIMENTOS

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo compromisso na formação de profissionais da Enfermagem engajados em transformar macro e/ou microespaços. Por ter me recebido como aluna, me oportunizando encontros que contribuíram significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Profª Drª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, minha orientadora, por ter acreditado em meu potencial, pela confiança depositada e pelas reflexões instigadas. Obrigada pela generosidade e acolhida de minhas angústias em tempos tenebrosos. Meu mais sincero respeito e gratidão por tudo que representa para a Enfermagem brasileira.

Ao Prof. Dr. Jefferson Drezett por sua acolhida no Hospital Pérola Byington, pela disponibilidade e contribuições significativas no Exame de Qualificação deste estudo. Por inspirar inúmeros profissionais a atender de forma digna e respeitosa as vítimas de violência sexual.

À Profª Drª Rebeca Nunes Guedes de Oliveira por ser representatividade, acolhida e solidariedade. Por suas valiosas contribuições na construção deste estudo.

À Profª Drª Emiko Yoshikawa Egry pelas reflexões suscitadas em disciplinas fundamentais para construção deste estudo e por sua generosidade em contribuir com seus ensinamentos para a minha formação.

À Profª Drª Rosineide Santana de Brito por quem tenho a mais profunda gratidão por tudo que me ensinou ao longo da minha jornada enquanto bolsista de iniciação científica e de mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Por me ter em sua vida mesmo após os laços acadêmicos terem cessado, me incentivando sempre e oferecendo um carinho quase maternal.

Às funcionárias do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo tratamento acolhedor e respeitoso.

Ao Núcleo AVS, na pessoa da médica Alessandra Giovanini, então coordenadora do setor, por permitir o desenvolvimento do estudo nas dependências da instituição e

garantir que inúmeras mulheres permaneçam enxergando o Hospital Pérola Byington como um foco de luz em meio às lembranças sombrias de violências diversas.

À Daniela Pedroso, psicóloga do Núcleo AVS do Hospital Pérola Byington, por ter me acolhido de maneira afetuosa e auxiliado imensamente no processo de coleta de dados. Pela amizade construída e solidificada, pelo carinho mútuo e por ser uma inspiração profissional quando se trata de acolhimento, humanização da assistência e empatia.

Às funcionárias da equipe multiprofissional do Núcleo AVS do Hospital Pérola Byington pelo acolhimento respeitoso e pelo interesse constante em auxiliar, de algum modo, com o desenvolvimento da pesquisa.

Às amigas Rafaela Gessner e Lucimara Fornari, do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem, pela receptividade e acolhida em São Paulo. Pelas emoções, discussões e reflexões compartilhadas. Pela amizade, cumplicidade, solidariedade, generosidade, cafés, almoços e lanches que tornaram os dias muito mais leves na “selva de pedras”.

Às amizades construídas ao longo dessa jornada incrível que foi o doutorado, em especial à Talina Carla, João Henrique, Clara Barreiros e Fernanda Cardoso, amigas que amenizaram saudades e trouxeram leveza aos meus dias.

À Gerência de Enfermagem do Hospital Central Coronel Pedro Germano, na pessoa de Adriana Karlla, por colaborar com escalas de plantão flexíveis para que eu pudesse embarcar nessa trajetória do doutorado.

Aos colegas de trabalho do Hospital Central Coronel Pedro Germano por terem contribuído de algum modo durante todo o doutorado, especialmente à Adriana Regina e Aline Alves pelas inúmeras trocas e coberturas para que eu pudesse me ausentar em diversos momentos.

À energia incrível e universal, denominada por muitos de Deus, que nos permite conectar com o mundo e com todos aqueles que o habitam, oportunizando evoluções diárias diante das adversidades que surgem em nossos caminhos.

Aos meus pais, Adeilde Araújo dos Santos e Antonio Luiz dos Santos, pelo apoio incondicional ao longo da minha vida, oferecendo palavras de incentivo constantemente e me fazendo crer que nem mesmo o céu é o limite para quem sonha e acredita em si mesmo.

Ao Vinicius Mota, meu grande parceiro e amor da vida, pelo apoio, incentivo, afeto, amor, compreensão e dedicação em todos os momentos. Por ter sido sempre o riso e a leveza que me faltaram diante dos obstáculos desta trajetória.

À Allyne Gurgel, Isabel Fernandes e Lorena Azevedo, amigas da faculdade e da vida que me incentivam e vibram por cada conquista minha.

À Maria Concebida Garcia, enfermeira, doutora e amiga que mais me motivou a ingressar no doutorado. Meu exemplo de competência, determinação, resiliência, força e fé.

A todas as mulheres que, diariamente, cruzaram o meu caminho durante os três meses de coleta de dados no Núcleo AVS do Hospital Pérola Byington, permitindo que ouvisse suas histórias enquanto aguardavam atendimentos. Cada enredo permeado de dor e força me tornou cúmplice de suas lágrimas e me fortaleceu para dar voz ao silêncio. A cada uma dessas mulheres que me empoderaram ainda mais para lutar por um mundo mais igualitário meu mais profundo sentimento de gratidão, respeito, empatia e afeto.

[...] as mulheres são
consideradas

posses
antes de sermos

consideradas
seres humanos,

& se nossas portas
& nossas janelas

forem arrombadas
por homens perversos,

então somos julgadas
sem valor...

excluídas,
desprezadas.

então nos mudamos dos
nossos bairros

& criamos lares
em cada uma de nós.

- fechamos aquelas portas & comemos aquelas chaves.
Amanda Lovelace

Santos DLA. Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: inúmeras questões morais e religiosas obstaculizam o acesso das mulheres aos serviços de saúde para solicitar aborto de gravidez decorrente de estupro, apesar de, nesses casos, o procedimento ter respaldo legal. **Objetivo:** Compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realização do aborto legal. **Método:** estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido no Hospital Pérola Byington, localizado em São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade, mediante roteiro semiestruturado, com dez mulheres com idade superior a 18 anos, provenientes de municípios localizados fora da Região Metropolitana de São Paulo ou de outros estados brasileiros que recorreram ao referido hospital para solicitar aborto legal. As narrativas foram gravadas, transcritas e organizadas, conforme estabelecido por Pierre Bourdieu; em seguida, foram submetidas à análise de conteúdo, com apoio do *Software Web Qualitative Data Analysis (WebQDA).* O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pérola Byington. Os resultados foram analisados segundo as categorias analíticas *Violência de gênero*, *Necessidades em saúde* e *Organização dos serviços para enfrentamento da violência contra a mulher e acesso ao aborto legal.* **Resultados:** a violência sexual apresentou-se como principal elemento motivador na busca pelo aborto legal, sendo os serviços de saúde, majoritariamente, procurados para solicitar o procedimento. A postura dos profissionais de saúde perante o pedido das mulheres baseou-se, em geral, no modelo biomédico hegemônico, desconsiderando a subjetividade inerente ao processo da rota crítica. As respostas ofertadas tiveram forte conotação religiosa e moral, expressas em atitudes de descaso que obrigavam as mulheres a peregrinar na busca por efetivação de direitos, revelando fragmentação da rede de atendimento às vítimas de violência e processos de trabalho descompassados. O Hospital Pérola Byington despontou como um espaço de acolhida e respeito, embora, em situações pontuais, constatou-se revitimização das mulheres. As necessidades em saúde suscitadas nas rotas críticas remeteram às necessidades propriamente humanas e estiveram relacionadas, principalmente, à dimensão individual, apesar de haver alguma compreensão por parte das pesquisadas acerca da influência da dimensão estrutural da sociedade nos obstáculos vivenciados nesse processo. **Conclusão:** entende-se como necessário uma reestruturação dos serviços para atuarem de modo intersetorial, em uma perspectiva de rede, visando minimizar a peregrinação das mulheres na busca por efetivação de direitos. Ainda, é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde no intuito de sensibilizá-los para questões relacionadas às desigualdades de gênero que submetem as mulheres a diferentes formas de opressão na sociedade.

Palavras-chave: Violência de gênero; Violência sexual; Estupro; Aborto legal; Atenção à saúde.

Santos DLA. Women in the search for legal abortion: critical path followed and health needs raised [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: several moral and religious issues hamper women's access to health services to request abortion of pregnancy resulting from rape, although, in these cases, the procedure is legally supported. **Objective:** it is intended to understand the health needs that emerge during the critical path taken by women victims of sexual violence to achieve legal abortion. **Method:** this is an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, which was developed at the Pérola Byington Hospital, located in São Paulo. Data were collected through in-depth interviews, using a semi-structured script, with ten women older than 18 years of age, coming from cities situated outside the São Paulo Metropolitan Region or other Brazilian states, who searched for the aforementioned hospital to request legal abortion. The narratives were recorded, transcribed and organized as established by Pierre Bourdieu; subsequently, they were submitted to content analysis, with the support of the *Web Qualitative Data Analysis Software* (WebQDA). The study was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of the University of São Paulo and by the Research Ethics Committee of the Pérola Byington Hospital. The results were analyzed according to the analytical categories *Gender violence, Health needs and Organization of services to cope with violence against women and provide access to legal abortion*. **Results:** sexual violence was the main motivating element in the search for legal abortion, and health services were mostly sought to request this procedure. The posture of health professionals before the request of women was generally based on the hegemonic biomedical model, disregarding the subjectivity inherent in the critical path process. The answers offered had a strong religious and moral connotation, expressed in neglectful attitudes that forced women to pilgrimage in the search for the achievement of rights, thereby revealing the fragmentation of the care network for victims of violence as well as unbalanced work processes. The Pérola Byington Hospital appeared as a space of welcome and respect, although, in specific situations, we noted the re-victimization of women. The health needs raised in the critical paths referred to the human needs and were mainly related to the individual dimension, despite some misunderstanding of the surveyed women about the influence of the structural dimension of society on the barriers faced in this process. **Conclusion:** we understand that there is a need to perform a restructuring of services so that they can act in an intersectoral way, based on a network perspective, aiming to minimize the pilgrimage of women in the search for the achievement of rights. In addition, the training of health professionals is essential to sensitize them about issues related to gender inequalities that subject women to different forms of oppression in society.

Keywords: Gender Violence; Sexual Violence; Rape; Legal Abortion; Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Divisão Sub-regional da Região Metropolitana de São Paulo.....79

Figura 2 Representação esquemática da rota crítica na busca pelo aborto legal. Livremente adaptada de Sagot (2000) 182

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Categorias árvores, subcategorias e temas identificados a partir da Análise de Conteúdo. São Paulo, 2019 118

LISTA DE SIGLAS

AE	Anticoncepção de emergência
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
Núcleo AVS	Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RASs	Redes de Atenção à Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WEBQDA	Web Qualitative Data Analysis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 27

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA 29

1.1.1 Políticas públicas para efetivação do aborto legal no Brasil 35

1.1.2 A realidade nos serviços de aborto legal no Brasil 39

1.1.3 Rota crítica na busca pelo direito de abortar 43

2 OBJETIVOS 49

2.1 OBJETIVO GERAL 51

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 51

3 REFERENCIAL TEÓRICO 53

3.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO 55

3.2 NECESSIDADES EM SAÚDE 60

3.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E ACESSO AO ABORTO LEGAL 66

4 PERCURSO METODOLÓGICO 71

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 73

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO 74

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO 78

4.4 COLETA DE DADOS 80

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 82

4.6 ASPECTOS ÉTICOS 84

5 RESULTADOS 87

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES 89

5.2 HISTÓRIAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA 90

5.3 CATEGORIAS EMPÍRICAS 117

5.3.1 Violência sexual e sua interface com as questões de gênero 119

5.3.2 Entre a descoberta da gravidez e a possibilidade do aborto legal: o início da rota crítica 124

5.3.3 Peregrinação na busca pelo aborto legal: a percepção das mulheres e as respostas institucionais 130

5.3.4 Necessidades em saúde suscitadas na busca pelo aborto legal 138

5.3.4.1 Necessidades relacionadas ao processo saúde-doença das mulheres diante da gravidez indesejada 138

5.3.4.2 Necessidades relacionadas à autonomia e ao exercício de cidadania das mulheres 140

5.3.4.3 Necessidades relacionadas aos processos de produção e reprodução social 143

5.3.4.4 Necessidades relacionadas ao acolhimento nos serviços de saúde ao longo da rota crítica 145

6 DISCUSSÃO 149

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 183

REFERÊNCIAS 191

APÊNDICES 211

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 213

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 215

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO NÚCLEO AVS DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON 217

ANEXOS 219

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. 221

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON 225

APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática de gênero surgiu durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, quando ingressei, enquanto bolsista de Iniciação Científica, no projeto de pesquisa intitulado *Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família,* em 2009. Na ocasião, estudar masculinidades possibilitou o primeiro contato com a condição relacional de gênero e com os papéis generificados de mulheres e homens na sociedade.

Ao longo da graduação, participei de estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Cuidado de Enfermagem em diferentes fases da vida, abordando a maternidade e a paternidade sob um olhar generificado. Esse envolvimento com pesquisas científicas desencadeou inúmeras reflexões que ampliaram minha visão para o processo saúde-doença das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. O embasamento teórico adquirido nesse processo apresentou-se como fundamental durante a disciplina de saúde da mulher, despertando em mim inquietações sobre a temática do aborto, especialmente durante os estágios curriculares desenvolvidos em uma maternidade pública.

Nesse serviço, tive o primeiro contato com mulheres buscando por assistência após a ocorrência de um aborto. Nessas situações, rotineiramente, presenciei cenas de violência obstétrica e institucional por parte dos profissionais de saúde vinculados à instituição. A demora para receber atendimento, os olhares julgadores dos profissionais e as falas pontuais e preconceituosas direcionadas às mulheres me deixavam desconfortável e inquieta. Além disso, o ambiente inspirava um culto ao segredo por parte dos profissionais de saúde que impediam acadêmicos de Enfermagem de assistirem as mulheres por mínimos que fossem os cuidados a serem prestados.

O interesse sobre a temática do aborto tornou-se ainda maior durante os estágios curriculares em Unidades Básicas de Saúde, quando tive contato com usuárias que relataram suas experiências com a indução de abortos clandestinos na ocasião de consultas de Enfermagem anteriores ao exame citológico. Havia certa necessidade de algumas usuárias verbalizarem sobre a situação, sobretudo quando

o aborto era recente, por receio de serem descobertas durante o exame e sofressem alguma retaliação.

Essas vivências incitaram questionamentos acerca da postura dos profissionais, como também sobre o itinerário percorrido por mulheres que recorriam à clandestinidade para interromper uma gestação. Assim, em 2012, quando ingressei no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, desenvolvi um estudo com mulheres em situação de abortamento a fim de compreender suas trajetórias para concretizar o aborto, como também a participação de seus parceiros nesse processo. Os resultados da pesquisa revelaram vulnerabilidades durante todo o itinerário abortivo, em geral sinuoso, no qual as mulheres recorreram a uma ampla rede social para obter informações acerca do método abortivo e como acessá-lo.

Destaco que, no processo da coleta de dados da referida pesquisa, pude evidenciar no serviço de saúde as dificuldades experienciadas por mulheres vítimas de estupro quando buscavam assistência seja para receber medidas profiláticas ou solicitar aborto legal. Constatar os obstáculos vivenciados pelas mulheres no contexto da ilegalidade para efetivar um aborto, assim como presenciar in loco as dificuldades enfrentadas na busca pela interrupção da gravidez, desencadeou novos questionamentos sobre a trajetória abortiva, porém no contexto da legalidade.

Esses questionamentos me impulsionaram a aprofundar os estudos sobre a temática do aborto, dessa vez analisando o fenômeno sob a perspectiva de gênero. Assim, decidi retornar à Universidade, ingressando no Doutorado Acadêmico em Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2016. Concomitantemente, ingressei no grupo de pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem, coordenado pela Professora Doutora Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, orientadora da presente pesquisa.

No doutorado, cursar disciplinas que discutiam a categoria Gênero possibilitou a ampliação do meu olhar para as questões do aborto. Ainda, fez com que me aproximasse do campo teórico das necessidades em saúde, centrais para organização da atenção em saúde.

Desse modo, reconhecendo que o fenômeno do aborto está diretamente vinculado à determinação social do processo saúde-doença das mulheres e partindo da premissa que a sua realização em um cenário de restrições legais desencadeia necessidades em saúde, considerou-se relevante aprofundar a discussão do aborto no campo da Saúde Coletiva.

Nesse sentido, decidiu-se investigar as necessidades em saúde que emergem ao longo da rota crítica percorrida por mulheres na busca pelo aborto previsto em lei visando contribuir para construção de arcabouço teórico que subsidie práticas profissionais no contexto da assistência em saúde a vítimas de violência sexual e aborto legal.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

As relações desiguais e hierárquicas de poder estabelecidas entre homens e mulheres são responsáveis pela violência contra a mulher. A explicação para essa desigualdade está alicerçada nas concepções de gênero e fundamentada nos estereótipos de feminilidade e masculinidade que, de maneira geral, subalternizam as mulheres tanto nos espaços públicos quanto nos privados.

O fenômeno da violência contra a mulher é transversal à classe social, raça/etnia e geração, apresentando-se multifacetado e socialmente persistente, abrangendo o uso de força real ou simbólica. Por essa razão, quando manifestadas, as ações violentas concretizam relações de poder e submissão, acarretando medo, isolamento e intimidação à mulher (Bandeira, 2014).

Diversas são as formas de violência perpetradas contra as mulheres, quais sejam: violência psicológica, física, sexual, moral, patrimonial, doméstica, tráfico de mulheres, assédio sexual, exploração sexual (Brasil, 2011a). Especificando a violência sexual, esta é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002, p.149) como:

> qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual, ou de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando coação, praticados por qualquer pessoa, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, inclusive em casa ou trabalho, mas não limitado a eles.

Corroborando essa definição ampliada, o Ministério da Saúde brasileiro detalha a violência sexual como aquela que coage uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, sem consentimento. Para tanto, o agressor utiliza força ou intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule a vontade da vítima (Brasil, 2011a).

Em 2002, o Brasil promulgou o Estatuto de Roma do Tribunal Penal, por meio do Decreto 4.388/2002, no qual o Estado brasileiro reconhece a agressão sexual, escravatura sexual, prostituição forçada, esterilização forçada ou qualquer outra forma de violência sexual de gravidade comparável como um crime contra a humanidade (Brasil, 2002).

Ainda em âmbito legal, a Lei nº 11.340/2006 – popularmente conhecida como Lei Maria da Penha – ofereceu visibilidade às diversas formas de violência sexual cometidas no âmbito doméstico e familiar por perpetradores conhecidos das vítimas. Em seu texto, no Capítulo II, Artigo 7º, alínea III, a referida lei define violência sexual

> como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2006a).

Reconhece-se que a violência sexual engloba várias formas de violência, dentre as quais se destaca o estupro. Esse tipo de violência sofreu alteração em sua descrição legal presente no Artigo 213 do Código Penal brasileiro, a partir da sanção da Lei nº 12.015, em 2009. De acordo com essa Lei, estupro é a ação de constranger alguém, mulheres ou homens, mediante violência física ou grave ameaça, a praticar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, abrangendo penetração vaginal, anal ou oral (Brasil, 2009).

Além disso, a Lei nº 12.015/2009 apresentou outras mudanças expressivas, destacando-se o fato de reconhecer os crimes sexuais como crimes contra a dignidade sexual e não mais contra os costumes, bem como a inserção do Artigo 217-A, inserido no capítulo que trata de crimes contra vulnerável do Código Penal. Nesse Artigo, a lei define ser crime ter conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso com menores de 14 anos ou indivíduos que possuam alguma enfermidade ou deficiência mental que os impeça de discernir para a prática do ato, podendo o agressor ser punido com oito a 15 anos de reclusão (Brasil, 2009).

Comumente, a violência sexual é tida como um ato perpetrado apenas por agressor desconhecido, em uma situação na qual a mulher encontra-se em maior vulnerabilidade. Entretanto, estudos têm revelado ser a violência sexual por parceiro íntimo mais comum do que aquela cometida por não parceiros, grupo que engloba estranhos, conhecidos, vizinhos, amigos, colegas, professores e membros da família (WHO, 2013a; Abrahams et al., 2014).

Em revisão sistemática publicada pela OMS, mundialmente, a prevalência de violência por parceiro íntimo é de 30%. Quando se analisam os dados referentes à violência física e sexual cometidas por parceiro íntimo e não parceiro, este

percentual alcança 35,6%, podendo variar de 27,2% a 45,6%, ao redor do mundo. Do total de mulheres que vivenciaram violência nos seus relacionamentos, 42% apresentaram lesões devido a agressões e, aproximadamente, 38% foram assassinadas (WHO, 2013a).

Quanto aos dados específicos sobre violência sexual cometida por não parceiros, 7,2% das mulheres com idade igual ou superior a 15 anos relataram ter vivenciado esse tipo de violência ao longo de suas vidas. Em números absolutos, esse percentual representa que uma em cada 14 mulheres no mundo já foi agredida sexualmente, revelando, portanto, ser esse um fenômeno generalizado (Abrahams et al., 2014).

No Brasil, a maioria dos dados quantitativos acerca do estupro é oriunda de relatórios oficiais que compilam e analisam registros policiais e de serviços de saúde. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, no ano de 2018, foram registrados 66.041 estupros – a maior taxa já registrada oficialmente – e 7.288 tentativas de estupro, tanto de mulheres quanto de homens. Desse total, destaca-se que 81,8% das vítimas eram do sexo feminino. Destas, 50,9% eram negras, 48,5% brancas e 53,8% tinham idade até 13 anos, configurando-se, assim, como estupro de vulnerável (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019).

Esses dados, quando traduzidos para números absolutos, mostram a realidade assustadora da ocorrência de 180 estupros ou tentativas de estupro por dia no Brasil e, dentre as vítimas, quatro são meninas de até 13 anos, estupradas por hora no país. Quanto ao agressor, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública revela que 75,9% das vítimas possuem algum vínculo com o perpetrador, o qual geralmente é parente, companheiro ou amigo das mulheres. Relativo aos estados com as maiores taxas desse tipo de violência destacou-se São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019). É possível que esses estados brasileiros apresentem maiores taxas desse crime por possuírem melhores sistemas de notificação quando comparado aos outros que possivelmente apresentam um índice maior de subnotificação de estupros.

Coadunam-se a essas informações dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN), os quais revelam que no período de 2009 a 2013 houve aumento no número de notificações de violência sexual, passando de 7.494 casos notificados, em 2009, para 24.429, em 2013. Esse aumento real no número de casos atribui-se a uma maior conscientização de vítimas

e/ou profissionais de saúde sobre essa temática, bem como ao aumento do número de unidades notificantes e melhorias naquelas já existentes (Gaspar, Pereira, 2018). No entanto, autores estimam que apenas 10% das vítimas recorram a alguma instituição de saúde ou policial para atendimento após a violência, possibilitando, assim, a notificação do crime (Cerqueira, Coelho, 2014).

Devido ao estigma imputado ao estupro e às vítimas, a maioria não denuncia o agressor, tampouco procura os serviços de saúde por receios diversos, inclusive de ser culpabilizada pela agressão sofrida. Essa culpabilização está relacionada à cultura do estupro presente na sociedade, a qual, de acordo com Sousa (2017, p. 13), é “o conjunto de violências simbólicas que viabilizam a legitimação, a tolerância e o estímulo à violação sexual”.

Assim, a cultura do estupro – embasada no discurso machista que considera que o poder sexual está nos homens – manifesta-se por meio da aceitação social desse ato como uma ocorrência corriqueira e uma prerrogativa masculina, devendo as mulheres ser submissas. Ademais, revitimiza as mulheres, culpabilizando-as pelo ato violento por se colocarem em situações tidas como de risco ao não seguirem padrões generificados do feminino (Sousa, 2017).

Os papéis sociais atribuídos a homens e mulheres advêm de um longo processo de elaboração sociocultural das suas características biológicas que impõe obrigações e comportamentos específicos a ambos. No caso das mulheres, espera-se que suas ações estejam restritas ao âmbito privado, sejam amáveis e discretas (Safiotti, 2004). Isso implica que elas não devem adotar condutas consideradas provocativas, como uso de roupas curtas e decotadas, bem como andarem ou frequentarem sozinhas lugares tidos como inadequados, visto ser disseminado no senso comum a ideia de que tais atitudes justificariam a ocorrência do estupro (Sousa, 2017).

Nesse contexto, as mulheres tendem a silenciar a violência experienciada, uma vez que existe o receio de expor sua intimidade em delegacias e serviços de saúde, bem como o temor que sejam revitimizadas por policiais ou profissionais de saúde (Patterson, Greeson, Campbell, 2009). Além das questões referentes ao gênero, aspectos como raça, etnia, classe social e geração podem influenciar sobremaneira o acesso das mulheres tanto às estâncias de denúncia como aos serviços de saúde para cuidados profiláticos imediatamente após o estupro.

Os serviços de saúde são considerados espaços privilegiados para atender as vítimas de violência sexual, com a função de articular instituições sociais e organizações, visando à eficácia nesse tipo de atendimento. Devem ser acessíveis à população, no intuito não apenas de estabelecer medidas emergenciais após o episódio violento, mas também realizar acompanhamento, reabilitação e tratamento dos impactos à saúde física e mental das vítimas (Brasil, 2012a).

Tratando-se das ações emergenciais, destaca-se que a profilaxia às vítimas de estupro consiste em prevenir gravidezes indesejadas por meio da anticoncepção de emergência (AE) em até cinco dias após a violência, tendo melhor eficácia quando administrada em até 72 horas após o evento. Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), deve ser ofertado à vítima um esquema profilático contra infecções não virais e imunoprofilaxia contra hepatite B. Há, ainda, a instituição de quimioprofiláxia antirretroviral nas primeiras 72 horas após a violência sexual para prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Esse tratamento tem duração de quatro semanas e deve ser estabelecido à vítima quando houver penetração vaginal ou anal, sem preservativo (Brasil, 2012a).

Quando uma mulher vítima de estupro não consegue acessar os serviços de saúde, aumenta o risco de agravos mentais e físicos em curto, médio e longo prazo. Referente aos agravos mentais destaca-se o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), aumento do consumo de álcool, depressão e ideações suícidas. Salienta-se que, quando violentadas por não parceiros, as mulheres têm 2,3 vezes mais probabilidade de apresentar problemas com álcool e 2,6 vezes mais chance de desenvolver depressão ou ansiedade. Dentre os agravos físicos, há maior suscetibilidade a IST, HIV, gravidez indesejada e, consequentemente, aborto induzido (WHO, 2013a).

Em relação à gravidez decorrente de estupro, esta é uma consequência que se apresenta como uma violação dos direitos humanos por impedir a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres. Devido às circunstâncias em que ocorreu, a gestação tende a ser veementemente rejeitada por muitas mulheres e sua continuidade é considerada uma segunda violência (Drezett et al, 2011).

O Código Penal Brasileiro, de 1940, permite a realização de aborto de gravidez decorrente de estupro, não o reconhecendo como um crime nessa circunstância. Além dessa exceção, o aborto também é legalmente permitido quando a gestante está em risco de morte e, desde 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF)

descriminalizou a interrupção de gravidezes de fetos anencéfalos (Brasil, 1940; Almeida, 2014). Com base nessas exceções, reconhece-se que a permissividade legal ao aborto está vinculada à condição de vítima da mulher, seja da violência de gênero ou do acaso da natureza (Diniz et al., 2014).

Apesar da concessão legal para interromper uma gravidez oriunda de estupro, existem inúmeros obstáculos que dificultam o acesso ao aborto e levam as mulheres a procurar por esse tipo de assistência de forma tardia. Esses entraves podem acarretar na busca pela clandestinidade para interromper a gravidez, possibiltando agregar à situação outros riscos à sua saúde.

As dificuldades para realizar um aborto levam as mulheres a percorrer uma rota crítica e sinuosa, permeada de percalços, sem garantia da efetivação do direito de abortar. Essa realidade traduz-se em uma gama de necessidades em saúde, as quais precisam ser analisadas em toda sua complexidade quando as mulheres buscam os serviços de saúde. No entanto, barreiras estruturais e organizacionais dificultam o cuidado integral a essas mulheres e, consequentemente, o atendimento de suas necessidades. Tal situação torna-se ainda mais intrincada devido aos inúmeros elementos de ordem moral, ética, religiosa e de gênero que circudam o fenômeno e que culminam em dificuldades por parte de alguns profissionais de saúde de considerar as necessidades demandadas por mulheres que solicitam o aborto legal.

Diante de uma gravidez decorrente de estupro, entende-se a solicitação pelo aborto como uma necessidade que requer satisfação imediata. Dificultar o acesso a esse direito infringe o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), além de destoar das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e transgredir o exercício da autonomia das mulheres.

Considerando a violência sexual e o aborto fenômenos sociais complexos, é necessário compreender todas as suas nuances e contradições, no intuito de apreender as dimensões da realidade em que se circunscrevem. Assim, torna-se imprescindível conhecer as políticas públicas voltadas à interrupção de gravidez em caso de estupro, aspecto imperativo para implementação e efetivação dos serviços de aborto legal no território nacional.

1.1.1 Políticas públicas para efetivação do aborto legal no Brasil

No Brasil, a polêmica em torno da temática do aborto está vinculada a dogmas religiosos e a questões éticas definidoras do início da vida humana. Essas discussões tornaram-se mais acirradas a partir da década de 1980, quando o país adentrou em uma fase de redemocratização e os debates feministas intensificaram-se nas áreas da sexualidade e da reprodução (Porto, 2009).

Apesar de o Código Penal brasileiro, promulgado em 1940, prever o direito ao aborto em casos de estupro em seu Artigo 128, os legisladores, por quase cinco décadas, não regulamentaram a assistência ao aborto em serviços públicos de saúde. Apenas no final dos anos de 1980, esses serviços passaram a ser regulamentados por normativas estaduais, municipais ou de universidades, conforme o tipo de vínculo dessas instâncias com as instituições de saúde (Rocha, 2006).

O primeiro serviço público de saúde voltado à interrupção legal da gravidez no país foi implementado em 1989, na cidade de São Paulo, por meio de lei municipal que dispunha sobre a obrigatoriedade de atendimento médico às vítimas de estupro quando grávidas e desejassem interromper a gestação. Nesse serviço, o atendimento era realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas e advogados (Colas et al., 1994). A implementação desse serviço enfrentou inúmeros obstáculos internos e externos à instituição, desde a dificuldade de envolver profissionais nesse tipo de assistência até pressões sociais e religiosas para impedir o seu funcionamento (Talib, Citeli, 2005).

Com o intuito de estabelecer legislação específica para o funcionamento dos serviços de aborto legal em âmbito nacional, elaborou-se o Projeto de Lei (PL) 020/1991 que dispõe sobre a obrigatoriedade do SUS atender os casos de aborto permitidos pelo Código Penal. Contudo, inúmeras manobras políticas embasadas em argumentos religiosos impediram a aprovação desse projeto (Santin, 2005).

Nesse mesmo período, a participação do Brasil em Conferências realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) ampliou ainda mais a discussão sobre o aborto. Destacam-se a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, que reconheceu o aborto como um problema de saúde pública, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada

em Pequim, em 1995, que recomendava aos países signatários a revisão de leis restritivas ao aborto (Organização das Nações Unidas, 1994; 1995).

Embora o Brasil seja signatário de ambas as Conferências, até o presente, não houve mudanças na legislação brasileira para descriminalizar a prática abortiva. Evidenciou-se como avanço a aprovação, em 1997, da Resolução nº 258/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), solicitando ao Ministério da Saúde que regulamentasse o atendimento nos casos de aborto legal pelo SUS (Brasil, 1997). Assim, desde 1998, o atendimento às vítimas de violência sexual foi padronizado por meio da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que não se restringia apenas à realização do aborto previsto em lei, mas incluía a assistência a vítimas de violência por uma equipe multidisciplinar (Brasil, 1998).

A referida norma previa atendimento emergencial nas primeiras 72 horas após a violência, visando acolher a mulher e administrar profilaxia contra gravidez indesejada, IST e HIV. Ademais, requeria apoio laboratorial para diagnosticar IST, coletar e armazenar material para identificação futura do agressor, bem como assistência psicológica às mulheres. Caso a mulher engravidasse em decorrência do estupro, havia a garantia de acompanhamento pré-natal se desejasse levar a gestação a termo ou poderia interrompê-la até atingir a idade gestacional de 20 semanas. Nesses casos, a norma técnica exigia a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) policial comunicando a violência sexual sofrida (Brasil, 1998).

Em 2003, outro avanço evidenciado foi a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com status de Ministério, considerado um marco histórico no Brasil no que diz respeito à formulação e articulação de políticas para promover igualdade de gênero (Brasil, 2006a). No mesmo período, destaca-se como avanço a publicação da Lei nº 10.778, em 2003, que estabeleceu a notificação compulsória em todo território nacional dos casos de violência contra mulher por qualquer serviço de saúde, seja público ou privado (Brasil, 2003).

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, o Ministério da Saúde buscou reduzir as desigualdades no acesso à assistência das vítimas de violência. Para tanto, apresentou dentre seus objetivos a elaboração de um manual voltado para o atendimento humanizado a mulheres em situação de aborto (Brasil, 2004).

Esse manual, publicado em 2005, sob a forma de Norma Técnica, tinha o propósito de não apenas nortear os cuidados das equipes, mas também de estabelecer um novo paradigma que garantisse uma assistência segura, sustentável e efetiva às mulheres em situação de aborto. Com a sua publicação, o Estado brasileiro assumiu o compromisso de garantir assistência integral, acolhedora e humanizada às mulheres, fornecendo aos profissionais de saúde informações relevantes para garantir cuidados imediatos nas situações de abortamento e oferecer alternativas contraceptivas, a fim de evitar abortos recorrentes (Brasil, 2005a).

No mesmo ano, a norma técnica Prevenção e Tratamento de Vítimas de Violência Sexual foi revisada e reeditada, promovendo avanços expressivos quanto à ilegalidade na exigência do BO pelos serviços de saúde para atender vítimas de violência sexual. Ainda, nas situações de gravidez decorrentes de estupro, estabeleceu-se a isenção do BO caso a mulher solicite aborto legal (Brasil, 2005b).

Para respaldar eticamente os serviços de saúde e profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento, assim como oferecer a máxima lisura para realização do aborto, a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.508/2005 estabeleceu quatro etapas que devem ser registradas por meios de cinco Termos para posterior anexação em prontuário médico (Brasil, 2005c).

Na primeira etapa, a mulher ou seu representante legal deve preencher o Termo de Relato Circunstanciado discorrendo sobre a violência e, em seguida, assinar com dois profissionais de saúde do serviço. Na segunda etapa, há avaliação médica minuciosa a fim de emitir o Parecer Técnico. Nessa mesma etapa, a mulher também é avaliada por uma equipe multiprofissional de saúde, responsável por preencher o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez e os dados obtidos devem corroborar com os emitidos no parcer técnico (Brasil, 2005c).

A terceira etapa consiste na assinatura da mulher ou de seu representante legal do Termo de Responsabilidade, no qual assume o compromisso com a veracidade das informações fornecidas aos profissionais de saúde, sendo advertida no documento sobre previsão dos crimes de falsidade ideológica e de aborto, caso não tenha sido vítima de violência sexual. Por fim, ocorre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mulher ou seu representante legal, estando nesse documento expressa a decisão pelo aborto ser voluntária e consciente (Brasil, 2005c).

O compromisso assumido pelo governo federal para enfrentar todos os tipos de violência contra a mulher, garantindo assistência às vítimas, foi reafirmado em diversos documentos e leis. Dentre esses documentos, destaca-se a publicação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, em 2006. Essa Política, reeditada em 2011, define conceitos, princípios, diretrizes e ações para prevenir e combater a violência contra as mulheres, além de estabelecer assistência e garantir direitos a mulheres em situação de violência (Brasil, 2006b; 2011a).

Orientada pelos princípios da igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação e controle social, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher reconhece a violência como um fenômeno complexo. Por tal razão, estabelece como imperativo para enfrentamento dessa problemática ações intersetoriais e serviços articulados em rede visando superar a fragmentação do atendimento à mulher em situação de violência (Brasil, 2006b; 2011a).

O entendimento quanto à necessidade de ações articuladas em áreas como saúde, educação, segurança e assistência social foi reforçado no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Publicado pela primeira vez em 2007, o supracitado pacto apresentou-se como uma estratégia para implementar políticas que garantissem a prevenção, a assistência, a proteção e a garantia de direitos às mulheres (Brasil, 2011b).

Particularizando a assistência às vítimas de violência sexual, diversos decretos e portarias foram expedidos pelo Ministério da Saúde visando efetivar o aprimoramento e a ampliação da assistência, incluindo serviços de referência para aborto legal. A própria Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, reeditada em 2012, alinhando-se aos objetivos da PNAISM, objetiva expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral à saúde das vítimas das múltiplas expressões da violência sexual (Brasil, 2012a).

Em 2013, a Lei nº 12.845 instituiu como obrigatório o atendimento emergencial às vítimas de violência sexual em todos os hospitais da rede do SUS com o intuito de reduzir danos físicos e psíquicos (Brasil, 2013). No ano seguinte, a Portaria nº 485/2014 estabeleceu que todas as instituições de saúde integrantes do SUS podem ser organizadas para atender pessoas em situação de violência sexual, incluindo

Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com suas especificidades e atribuições. O atendimento para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei foi ampliado, podendo hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e conjunto de serviços de urgência não hospitalares serem organizados para realizar o procedimento (Brasil, 2014).

A complexidade do fenômeno da violência sexual revela o quão imperativo é enfrentá-lo a partir de pactos intersetoriais, devendo os serviços voltados à assistência das vítimas estarem interligados em rede. Ao ampliar o acesso das mulheres, sobretudo aos serviços de saúde, acredita-se ser possível reduzir as sequelas advindas do ato violento, inclusive minimizando o risco de gravidezes indesejadas e, por conseguinte, abortos.

1.1.2 A realidade nos serviços de aborto legal no Brasil

O primeiro decênio dos anos 2000 foi um marco para o enfrentamento da violência de gênero no Brasil, tanto em termos de políticas públicas quanto de iniciativas que as efetivassem. No entanto, apesar dos esforços para ampliar a rede de atenção às vítimas de violência sexual, ainda existem numerosas barreiras para implementar tais políticas, principalmente no que se refere à interrupção da gravidez decorrente de estupro (Lima, Deslandes, 2014).

As restrições legais para a prática do aborto afetam negativamente a implementação e ampliação da rede de serviços que se proponham a realizar o procedimento nos casos previstos em lei. A ação de setores conservadores da sociedade desencoraja gestores a efetivar tais políticas por receio de perder apoio político (Vilela, Lago, 2007).

A dificuldade no atendimento ao aborto legal foi constatada em pesquisa publicada em 2005, desenvolvida em hospitais públicos brasileiros, que avaliou 56 hospitais listados pelo Ministério da Saúde como especializados para realizar esse procedimento, no período de 1989 a 2004. Os resultados revelaram que apenas 37 instituições estavam aptas a realizar aborto legal, porém em cinco delas nunca havia sido registrado algum atendimento. A maior parte dos serviços localizava-se na

região sudeste, onde houve maior número de procedimentos registrados, visto receberem encaminhamento das demais regiões do país (Talib, Citeli, 2005).

Apesar de a supracitada pesquisa ter sido realizada há mais de dez anos, a realidade dos serviços na atualidade não é diferente. Madeiro e Diniz (2016), ao investigarem a estrutura e o funcionamento dos hospitais voltados às vítimas de violência sexual, constataram que, das 68 instituições listadas pelo Ministério da Saúde, apenas 37 realizam aborto legal e quatro nunca o fizeram. Destaca-se que esse tipo de serviço localiza-se predominantemente nas capitais dos estados, inexistindo em sete unidades federativas. O estudo evidenciou, ainda, exigência de BO, alvará judicial e laudo do Instituto Médico Legal (IML) por parte de algumas instituições, revelando maior burocratização para solicitar aborto legal.

Somando a tais informações, estudo mapeou os serviços de aborto legal no Brasil revelando que, dentre as 176 instituições listadas pelo Ministério da Saúde e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas 76 serviços informaram realizar aborto legal, estando a maioria localizada nas regiões Nordeste e Sudeste do país. De modo geral, constatou-se desconhecimento dos profissionais sobre normativas ministeriais relacionadas ao aborto previsto em lei, especialmente sobre a idade gestacional limítrofe e a necessidade de apresentação de BO para solicitar o procedimento. Essa realidade reflete falta de treinamento das equipes sobre a prática legal do aborto, impactando diretamente no acolhimento das mulheres, as quais são ainda mais vulnerabilizadas, uma vez que respostas negativas nos serviços as impele a recorrer a abortos clandestinos (Matos, Barros, Rocha, 2019).

As investigações apresentadas apontam obstáculos estruturais, organizacionais e logísticos que influenciam diretamente no acesso aos serviços que realizam abortos no país. Nesse contexto, um ponto que merece destaque é o deficit de profissionais de saúde, sobretudo médicos, disponíveis para realizar abortos, fato associado a restrições legais, questões morais e religiosas, bem como ao estigma que cerca o fenômeno. Esses motivos desencadeiam nos médicos receio de serem rotulados como aborteiros e criminalizados pela interrupção da gravidez, caso a mulher esteja mentindo sobre a violência sexual (Zordo, 2012; Madeiro, Diniz, 2016). Assim, as exceções legais do aborto presentes no Código Penal estabelecem ambiguidades e geram pressões tanto pelo estigma quanto pela ideia de ser um ato moralmente inaceitável (Diniz et al., 2014).

O estigma do aborto é produzido socialmente, portanto tem características variáveis e seus significados são específicos para cada contexto. É potencialmente multifacetado e multidirecional, embasando outras formas de discriminação e injustiças sociais que afetam negativamente a vida das mulheres que decidem interromper uma gestação (Kumar, Hessini, Mitchell, 2009).

Embora reconheça-se que o estigma do aborto possui estreita relação com as proibições legais, questões religiosas e morais fazem persistir o julgamento e a culpa nas mulheres mesmo em países cujo aborto já é legalizado. Por essa razão, o estigma traduz-se em silenciamento e vergonha, configurando-se como uma das principais barreiras para solicitar o aborto (Cárdenas et al., 2018).

Além disso, a simbologia da maternidade presente na sociedade promove a concepção de as mulheres, quando decidem pelo aborto, transgredirem um protótipo feminino cuja sexualidade volta-se apenas para a reprodução e o papel materno é inquestionável. Nesse sentido, a estigmatização das mulheres surge por elas desafiarem os ideais de gênero e a sua posição de subalternidade (Kumar, Hessini, Mitchell, 2009).

O estigma do aborto é imputado não apenas às mulheres, mas a todos que se colocam favoráveis a essa escolha reprodutiva, sofrendo retaliações sociais. Em se tratando dos profissionais de saúde, por estarem inseridos nesse mesmo cenário social, tendem a ser marginalizados quando corroboram com a prática abortiva mesmo nas situações legalmente estabelecidas. Assim, enfrentam o paradoxo entre a moralidade e a legalidade do aborto, o que os faz se esquivarem desse procedimento, alegando objeção de consciência.

A objeção de consciência é um dispositivo que visa proteger a liberdade individual dos profissionais de saúde que realizam aborto, permitindo que recusem assistir uma mulher quando solicita aborto legal por razões de caráter moral. Existem duas teses principais sobre a objeção de consciência: a tese da incompatibilidade, que se utiliza do argumento de que a recusa do atendimento pelo médico pode acarretar em violação de suas responsabilidades, e a tese da integralidade, embasada no direito absoluto do médico ou qualquer outro profissional se recusar a atender uma situação de aborto garantindo sua integridade moral (Diniz, 2011).

Quando a objeção de consciência é considerada um direito absoluto, não existem critérios para validar a relevância da crença, visto apostar na moralidade do profissional, o que não é suficiente para desconsiderar direitos fundamentais das

mulheres em relação à integridade moral do médico. Ainda, considerando a laicidade do Estado brasileiro, é imperativo refletir sobre o lugar ocupado pela religião e crenças nas instituições públicas, com vistas a evitar desestabilização do sistema de saúde devido às constantes respostas negativas ofertadas às mulheres quando solicitam um aborto (Diniz, 2011).

A concepção da objeção de consciência como um direito absoluto é algo arraigado desde a graduação dos futuros médicos. Essa realidade pode ser evidenciada em estudo desenvolvido no estado do Piauí, Brasil, que avaliou as atitudes de estudantes de Medicina em relação à objeção de consciência ao aborto legal. Dentre os 1760 estudantes participantes, 13,2% afirmaram que seriam objetores em situações nas quais as mulheres tivessem risco de morrer, 31,6% em casos de anencefalia fetal e 50,8% objetariam nas circunstâncias de gravidez decorrente de estupro. Do percentual de objetores em caso de estupro, 54% não encaminhariam a mulher para outro profissional e 72,5% não explicariam as opções de tratamento. A religião foi o único motivo apontado pelos estudantes para recusarem a realização do aborto (Madeiro et al., 2016).

Além das questões de caráter religioso, concebe-se, ainda, que a recusa de parcela dos profissionais de saúde em realizar aborto legal guarda relação com as concepções de gênero e os papéis histórico e socialmente construídos sobre o feminino. Conforme mencionado anteriormente, ao decidir interromper uma gestação, a mulher transgride uma série de normativas generificadas, ainda que esse ato seja moralmente justificado e legalmente amparado.

As concepções de gênero podem ser evidenciadas quando as mulheres solicitam um aborto legal e são submetidas a inquéritos pelos profissionais que as acolhem com o intuito de investigar a veracidade da violência sexual sofrida. Embora a presunção da veracidade seja estabelecida pela legislação vigente, a verdade do estupro é elaborada pelos profissionais de saúde a partir do nexo causal constatado nas narrativas das mulheres, sendo também considerados seus comportamentos ao rememorar o evento violento. Desse modo, mulheres identificadas com um estereótipo mais liberal ou que declaram vivenciar uma relação heteroafetiva geram desconfiança quanto à vericidade do estupro (Diniz et al., 2014).

Essa realidade apresenta aspectos importantes envolvendo relações de gênero e aborto legal. O rótulo de *liberal* atribuído a algumas mulheres leva os profissionais de saúde a acreditarem na possibilidade de elas terem, de algum modo, facilitado à

ocorrência do estupro ou até mesmo se tratar de uma gravidez indesejada, oriunda de relação consensual. Esse pensamento ratifica a culpabilização da vítima e a cultura do estupro dentro dos serviços de saúde, acarretando discriminação e violência institucional. Em contrapartida, mulheres casadas também despertam suspeita com seus discursos, pois, de acordo com autoras, existe a ideia de a relação sexual ser uma obrigação feminina no âmbito do matrimônio, não se configurando, portanto, como violência (Dantas-Berberr, Giffin, 2005).

Diante desse cenário, para evitar que mulheres deixem de ser assistidas e que os médicos não tenham seu direito assegurado, Diniz (2011) propôs a tese da justificação. Essa tese consiste em garantir proteção à integridade moral do profissional, por meio do controle do acionamento da objeção de consciência, visando evitar obstrução injusta no acesso das mulheres ao aborto legal. Assim, a recusa médica para realizar abortos estaria subordinada a uma avaliação da relevância de sua justificativa pela unidade de saúde a qual esteja vinculado. Com essa proposta, a autora busca centralizar o critério da relevância da crença religiosa no atendimento ao aborto legal, realizado por instituições de saúde vinculadas ao SUS.

A despeito de reconhecer que em um contexto de políticas públicas, valores ou crenças pessoais não pode influenciar a qualidade da atenção, tampouco se sobrepor às necessidades das pessoas (Galli, Drezett, Cavagna Neto, 2012), a realidade dos hospitais específicos para realização de aborto legal no Brasil encontra-se distante do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A suspeição gerada pelas narrativas das vítimas, o acionamento da objeção de consciência e o consequente indeferimento do pedido de interrupção da gravidez revitimiza as mulheres nos serviços de saúde, fazendo com que sejam levadas a percorrer uma rota crítica na busca pela concretização do direito legal de abortar.

1.1.3 Rota crítica na busca pelo direito de abortar

A rota crítica é entendida como um processo construído a partir da tomada de decisões e atitudes de mulheres vítimas de violência, bem como das respostas obtidas durante a procura por soluções, seja no meio familiar ou institucional. Considera-se a rota crítica um processo complexo e não linear, o que implica dizer

que há avanços e retrocessos, fazendo as mulheres transitarem por diversos percursos antes de encontrarem, de fato, uma solução para romper com o ciclo da violência. Seu início ocorre a partir da decisão das mulheres em revelar a situação de violência sofrida para alguém de fora do seu contexto familiar a fim de obter uma resolução para seu problema (Sagot, 2000).

Sendo este um processo interativo, a rota crítica é constituída por elementos motivadores ou inibidores que influenciam na buscar por ajuda. Esses elementos, por sua vez, podem ser classificados como internos, vinculados a processos pessoais, ou externos, associados ao meio. E ambos estão constantemente interrelacionados e são responsáveis por encorajar ou esmorecer as mulheres a continuar suas trajetórias (Sagot, 2000).

Diversos são os elementos que impulsionam ou inibem as mulheres a buscar ajuda, sendo as experiências positivas ou negativas responsáveis por fazê-las persistir ou não na trajetória. Nesse contexto, destacam-se as respostas encontradas em âmbito institucional, as quais guardam relação tanto com o comportamento dos profissionais de saúde perante sua demanda quanto com aspectos estruturais e normativos que determinam o acesso, a disponibilidade e a qualidade dos serviços (Sagot, 2000).

A não linearidade da trajetória associada com a subjetividade que envolve as decisões das mulheres em permanecer ou recuar nesse percurso permitiu refletir sobre a rota percorrida para conseguir realizar um aborto previsto em lei. Devido às restrições legais relativas ao aborto, surgiram reflexões voltadas à ideia de que questões sociais, culturais, morais, religiosas e de gênero que circundam o fenômeno do aborto influenciam na subjetividade das mulheres, seja motivando-as ou inibindo-as a buscar respostas institucionais. Essas reflexões apresentam relevância quando se reconhece que os obstáculos presentes na rota crítica podem acarretar na procura por abortos clandestinos, utilizando métodos abortivos inseguros que colocam a saúde e a vida das mulheres em risco.

A dificuldade para conseguir efetivar um aborto tem sido evidenciada em estudos internacionais. Autores têm destacado que essas barreiras têm sido vinculadas ao estigma do aborto na sociedade, à disponibilidade e qualidade dos serviços especializados, à acessibilidade, ao desconhecimento sobre a legalidade do procedimento, a questões emocionais e culturais, além da postura dos

profissionais de saúde perante essa demanda (Shah, Åhman, Ortayli, 2014; Gerdts et al., 2015; Brack, Rochat, Bernal, 2017).

Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos da América evidenciou como entraves para efetivar um aborto a condição financeira da mulher que a impedia de acessar serviços localizados em outras cidades. Além da questão financeira, o tempo despendido para angariar o dinheiro para deslocar-se pode ser longo o suficiente para a mulher atingir uma idade gestacional que impossibilite a realização do aborto (Upadhyay et al., 2014).

A negativa da solicitação de um aborto por parte dos profissionais de saúde devido ao tempo avançado da gestação gera frustração nas mulheres e pode trazer sérias consequências para a saúde e bem-estar, visto obrigá-las a levar uma gravidez indesejada a termo ou impulsioná-las a realizar um aborto ilegal e inseguro (Gerdts et al., 2015).

A literatura científica sobre a temática tem vinculado indiretamente a demora na busca por serviços de saúde para efetivar um aborto legal, isto é, o início da rota crítica, a diversos obstáculos. Dentre tais entraves, destacam-se a escassez de programas voltados à educação sexual e reprodutiva, impunidade dos agressores, restrições legais do aborto, dificuldade de acessar informações seguras sobre aborto, além de pouco treinamento e falta de sensibilização das equipes multiprofissionais de saúde para assistir as vítimas de violência sexual, não priorizando-as no contexto assistencial (Blake et al., 2014).

No âmbito nacional, pesquisadores analisaram os fatores associados com a demora na busca por aborto após estupro, avaliando 1.270 prontuários médicos de mulheres que solicitaram aborto no Hospital Pérola Byington, em São Paulo. No estudo, constataram que mulheres em condição de maior vulnerabilidade por terem idade inferior a 14 anos ou algum transtorno mental, sem parceiro, que sofreram ameaças do agressor, realizaram registro policial ou tinham algum vínculo com o estuprador demoraram mais tempo para procurar um serviço de saúde (Blake et al., 2015).

Outro obstáculo que dificulta o acesso das mulheres aos serviços de referência é o desconhecimento sobre tais instituições, inclusive pelos próprios profissionais de saúde e de segurança pública. Destaca-se, ainda, a desarticulação entre instituições policiais e de saúde evidenciada, sobretudo na ausência de encaminhamento pelos

profissionais e na escassez de informações sobre aborto legal (Machado et al., 2015).

Não se pode deixar de mencionar a objeção de consciência como entrave expressivo na rota crítica na busca pelo aborto legal. Utilizando-se de argumentos conflituosos que permeiam as normativas e a moralidade, os profissionais estabelecem uma assistência precária com as mulheres adotando uma postura investigativa e impondo uma peregrinação institucional devido à burocratização. Nessa conjuntura, o pedido pelo aborto é visto como uma possibilidade de reconhecimento de direito (Silva, 2017).

Mediante o expoto, acredita-se que os entraves elencados se interrelacionam e interferem diretamente na subjetividade das mulheres, podendo fortalecê-las para enfrentarem a situação de violência ou desestimulá-las a percorrer a rota crítica na busca da efetivação do direito ao aborto.

Considerando as restrições legais da prática abortiva no Brasil, pressupõe-se que os obstáculos vivenciados pelas mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo direito ao aborto, sobretudo em locais onde a rede para enfrentamento da violência contra a mulher não é estruturada ou inexiste, suscitam inúmeras necessidades em saúde. Acredita-se que tais necessidades vão além daquelas já existentes devido à violência sofrida e à gravidez resultante dela. Ainda, tais necessidades possuem relação direta com as respostas ofertadas pelos serviços integrantes da rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Desse modo, conhecer a rota crítica percorrida pelas mulheres na busca pela efetivação de sua autonomia reprodutiva apresenta-se como relevante para compreender as necessidades em saúde desencadeadas no contexto da violência sexual e da busca pelo aborto legal.

Para tanto, é preciso analisar pontos de desgaste e fortalecimento, capazes de impulsioná-las ou inibi-las a entrar nesse itinerário de busca por atendimento nos serviços de saúde ou outras instituições vinculadas à rede de apoio e proteção às mulheres. Ademais, é fundamental compreender a produção socio-histórica dessas necessidades, as quais possuem relação direta com as concepções de gênero presentes na sociedade.

Diante das considerações expostas, o presente estudo parte das seguintes questões de pesquisa: qual o caminho percorrido por mulheres vítimas de violência sexual do momento em que decidem realizar o aborto legal até a efetivação deste?

Quais necessidades em saúde são desencadeadas por essa trajetória para as mulheres? Ao responder a esses questionamentos, espera-se obter subsídios capazes de contribuir para a implementação e concretização de políticas públicas nos serviços que compõem a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, em especial aqueles voltados à realização do aborto legal.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realização do aborto legal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realizar aborto legal;
- Identificar elementos impulsores e inibidores, tanto internos como externos, que influenciam a busca pelos serviços de saúde para realização do aborto legal;
- Analisar as necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual durante o percurso da rota crítica para a realização do aborto legal;
- Conhecer as percepções de mulheres vítimas de violência sexual sobre as respostas encontradas nos serviços de saúde para realização do aborto legal.

Referencial teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

O fenômeno da violência contra a mulher passou a ser melhor compreendido na sua complexidade a partir do uso da categoria gênero pelo movimento feminista, no âmbito acadêmico. Essa categoria questiona a essencialidade das diferenças entre os sexos e rompe com a ideia de determinismo biológico, situando o feminino e o masculino em um dado contexto histórico, cultural e social (Bandeira, 2014).

A perspectiva feminista considera gênero uma categoria história e analítica, sendo consenso que o seu conceito trata de uma modelagem social, estatisticamente relacionada ao sexo (Safiotti, 2001). Apesar de o enfoque da categoria gênero não ser as diferenças anatômicas, é preciso reconhecer a existência de uma dimensão biológica dos gêneros, uma vez que seu processo de construção envolve corpos sexuados. Contudo, salienta-se que esses corpos apresentam marcas social e historicamente construídas sobre suas características biológicas (Louro, 2014).

A explicação das relações patriarcais de gênero quando voltadas unicamente para uma abordagem biológica tem o intuito de atender a interesses sociais dominantes, desconsiderando a historicidade das Instituições e dos modos de viver em sociedade que explicam as relações de gênero. Desse modo, a perspectiva de gênero valoriza as diversidades dos processos de socialização dos indivíduos, indo de encontro à visão hegemônica dos papéis socialmente desempenhados por homens e mulheres (Oliveira, 2011).

É preciso, portanto, reconhecer que a anatomia feminina não determina sua condição social. As diferenças atribuídas à sexualidade dos corpos de homens e mulheres contribuem para compreensão das relações existentes entre o pensamento tradicional e dualista na sociedade e as questões de gênero cujas ideias sobre o masculino e feminino são alocadas em polos antagônicos de mente e corpo, razão e emoção, sujeito e objeto (Giffin, 1994).

De acordo com Scott (1986), gênero baseia-se nas diferenças percebidas entre os sexos que constituem as relações sociais, sendo a primeira forma de dar

significado às relações de poder. Diante da complexidade do conceito, a autora divide sua definição em duas proposições interligadas.

Na primeira proposição, Scott (1986) reconhece que as diferenças entre mulheres e homens estão associadas a quatro elementos, quais sejam: os símbolos culturalmente disponíveis, que evocam diversas representações contraditórias, exemplificadas nas figuras femininas de Eva e Maria, símbolos de despudor e pureza; conceitos normativos, os quais tornam concretas as interpretações dos símbolos, dividindo de modo binário o feminino e o masculino, normalmente veiculados por doutrinas religiosas, na educação, ciência e política; as instituições e organizações sociais, que reforçam a representação binária entre mulheres e homens; e, por fim, a identidade subjetiva, capaz de decodificar e compreender as relações complexas no processo de interação humana. Já na segunda proposição, a autora considera gênero como a primeira significação das relações de poder, legitimando a representação do poder masculino sobre o feminino, sendo esta naturalizada e inquestionável na sociedade.

Nesse sentido, Scott (2010) considera gênero uma categoria que oferece o caminho para reflexões críticas sobre os significados atribuídos aos corpos sexuados, sendo essencial para contestar questões de ordem social construídas a partir dos significados atribuídos aos homens e às mulheres.

É preciso, portanto, compreender as relações de gênero a partir de uma perspectiva sociológica, política e cultural. Para tanto, é necessário rejeitar o sexo como variável demográfica, biológica ou natural, assumindo-o como um elemento que une uma carga cultural e ideológica (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

Os papéis socialmente atribuídos às mulheres e aos homens estão baseados em um conjunto de normas socialmente construídas que determinam os comportamentos desses indivíduos nas relações que estabelecem. Enquanto as mulheres são socializadas a adotar uma postura passiva, dócil e apaziguadora, os homens são estimulados a atitudes agressivas e perigosas que revelam atributos como força e coragem (Safiotti, 2004).

Essa ordem social que privilegia os homens em detrimento das mulheres está alicerçada na divisão sexual do trabalho cuja distribuição estrita das atividades atribuídas a cada um dos sexos determina o espaço a ser ocupado pelos sujeitos. Assim, cabe às mulheres o âmbito privado, voltado ao cuidado do lar e dos filhos, já

aos homens, cabe o espaço público. Essa divisão imprime o enraizamento das relações arbitrárias de dominação masculina (Bourdieu, 2017).

Considerando que as relações sociais estabelecidas entre os gêneros são marcadas pelo poder, as mulheres estão situadas no polo dominado, de onde não apenas se autoavaliam enquanto mulheres, mas avaliam sua inserção em uma rede de relações sociais, no intuito de construir identidades individuais e emergir suas práticas de produção e reprodução social (Kergoat, 1996).

As desigualdades nas relações entre os sexos são naturalizadas e, normalmente, situam o feminino em uma posição considerada insuperavelmente inferior ao masculino. Essa naturalização acarreta a invisibilidade do fenômeno da violência contra a mulher, tanto no espaço público quanto no privado, ficando implícita a ideia de a violência ser considerada quase um destino para as mulheres (Guedes, Fonseca, 2011).

Nesse contexto, utilizar a perspectiva de gênero para compreender a violência contra a mulher é reconhecer a posição de subalternidade ocupada socialmente pelo feminino na hierarquia de poderes, geradora de sofrimentos em virtude das desigualdades naturalizadas socialmente (Oliveira, 2011).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994), conhecida como Convenção de Belém do Pará, definiu violência contra a mulher “como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Quando alicerçada no gênero, a violência se expressa em uma relação de dominação, na qual as mulheres são sempre desfavorecidas (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

No âmbito dessas considerações cujas relações desiguais de gênero se estabelecem a partir de uma assimetria de poder entre homens e mulheres, faz-se necessário compreender o significado de poder. Na perspectiva Foucaultiana, “o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado”, o que significa que o poder não parte de um único ponto, sendo utilizadas estratégias no intuito de encontrar condições para que seja exercido nas microrrelações. A produção do poder, portanto, se dá em relações fixas e desiguais que dificultam reações de resistência (Foucault, 2017, p.369).

Bourdieu (2017) ressalta que as estruturas sociais e os processos de produção e reprodução social afirmam constantemente a primazia masculina. A visão androcêntrica de tais processos introjeta nas mulheres as relações de poder, as quais são expressas em violência simbólica. Para o autor, essa forma de violência se constitui por meio da aceitação do dominado ao que lhe é imposto pelo dominador, quando o primeiro não dispõe de recursos para refletir a relação de dominação estabelecida.

Embora as mulheres internalizem a dominação masculina, não significa dizer que sejam responsáveis pela violência a que são sujeitadas cotidianamente, haja vista que o efeito da dominação simbólica não se exerce em uma lógica consciente, mas por meio de esquemas de percepção, avaliação e ação que estão abaixo das decisões da consciência e controle da vontade (Bourdieu, 2017).

Sendo o poder uma propriedade masculina legitimada pelo contexto histórico e cultural, destaca-se ser constituído por potência e impotência, estando os homens mais familiarizados com a primeira. Assim, quando experienciam o sentimento de impotência, adotam atitudes violentas contra as mulheres, havendo, inclusive, concessão social para que eles convertam agressividade em agressão. Constata-se, assim, que a violência de gênero advém de uma organização social que privilegia o masculino e desprivilegia o feminino (Safiotti, 2001; 2004).

Diante dessas considerações acerca das relações de poder entre homens e mulheres, a categoria gênero possibilita uma análise aprofundada da sexualidade, uma vez que a construção da sexualidade se funde com a identidade de gênero e a identidade sexual. O dualismo estabelecido nessa construção de identidades generificadas acarreta uma hegemonia heterossexual, concebendo os homens como sexualmente ativos e as mulheres como sexualmente passivas (Giffin, 1994).

Sabendo que a construção de gênero imputa às mulheres uma identificação social relacionada ao corpo, à natureza e à emoção, é atribuída a elas a característica de sedutora e, portanto, responsável por atrair sexualmente os homens. Essa acepção é importante quando se pretende analisar violência sexual, haja vista que há uma lógica contraditória, na qual está incutida a ideia de que as mulheres seriam culpadas pela ocorrência de episódios de violência sexual (Giffin, 1994).

Destaca-se que a violência contra a mulher ocorre em contatos interpessoais, sendo o agressor, geralmente, alguém cuja vítima, contraditoriamente, mantém

vínculos de afeto e confiança. Tal conjuntura acarreta maior complexidade do fenômeno, visto haver, por parte das mulheres, dificuldade em denunciar o evento devido ao constrangimento e também em virtude do elo existente entre vítima e agressor (Oliveira, 2011). Por essa razão, a análise de tais situações deve considerar as diversas determinações sociais, os contextos socioculturais em que ocorrem e as condições materiais dos envolvidos (Bandeira, 2014).

Diante do exposto, pode-se afirmar que a violência de gênero é um determinante do processo saúde-doença das mulheres. Por essa razão, esse fenômeno deve ser analisado considerando as dimensões estrutural, particular e singular da realidade objetiva em que se circunscreve a fim de compreendê-lo em profundidade para enfrentá-lo sem reproduzir a ideologia opressora dominante (Guedes, Silva, Fonseca, 2009).

Por sua complexidade, a violência de gênero não se explica pelas relações estabelecidas exclusivamente entre os gêneros. Desse modo, faz-se necessário considerar as categorias classe social, raça-etnia e geração, as quais constituem determinantes dos fenômenos sociais, devendo também ser acessadas ao analisar fenômeno complexos, recorrendo-se ao processo chamado de “alquimia das categorias sociais” *(*Castro, 1992, p. 58).

Reconhecendo a complexidade da violência de gênero e sua interface com as inequidades entre mulheres e homens na sociedade, a Saúde Coletiva desponta como um arcabouço teórico importante para análise e compreensão da influência de tais fenômenos no processo saúde-doença das mulheres. Isso porque entende-se ser necessário ultrapassar concepções de práticas embasadas no modelo médico biologicista para enfrentamento de questões tão emblemáticas e relevantes que influenciam os processos de produção e reprodução social das mulheres e também dos homens.

Tratando-se do aborto legal para os casos de gravidez resultante de estupro, em que as mulheres precisam percorrer uma rota crítica para fazer valer seu direito reprodutivo, acredita-se que a violência de gênero pode constituir uma categoria angular para compreender tal fenômeno. Ademais, é preciso considerar as necessidades em saúde oriundas nesse processo, haja vista tal demanda nos serviços suscitar inúmeras necessidades, nem sempre manifestadas e, portanto, atendidas no contexto assistencial.

3.2 NECESSIDADES EM SAÚDE

Desde a década de 1970, com o movimento da Reforma Sanitária, o campo do saber e atuação da Saúde Coletiva vem sendo estruturado, ancorado em fundamentos filosóficos e constitutivo das ciências humanas para construção de seu arcabouço científico. Nesse campo do saber, estabeleceu-se uma ruptura na concepção de que saúde é apenas a ausência de doenças, englobando a ideia de condições dignas de vida, moradia, educação e trabalho, sendo o indivíduo e a coletividade compreendidos como parte de um todo, determinado pelos processos de produção e reprodução social (Fracolli, Bertolozzi, 2008).

Essa nova perspectiva reconhece ser necessário compreender que o processo saúde-doença, embora se concretize em um corpo biopsiquíco, tem intrínseca relação com o contexto social no qual os indivíduos estão inseridos. A institucionalização do SUS, por meio da Constituição Federal, em 1988, considerou essa concepção ampliada de saúde, abarcando o desafio de romper com paradigma hegemônico hospitalocêntrico presente no contexto das práticas assistenciais de saúde (Campos, Bataiero, 2007).

Nesse sentido, vários modelos de atenção à saúde despontaram no intuito de reorientar as práticas assistenciais. Embora ainda prevaleça o modelo biomédico hegemônico – voltado às questões individuais e biológicas com ênfase em uma assistência medicalizadora –, coexistem modelos sanitaristas embasados na saúde pública clássica, assim como modelos que acionam elementos da epidemiologia crítica, aproximando-se da ideologia pregada pela Reforma Sanitária (Paim, 2008).

Considerando que o processo saúde-doença se vincula a fenômenos complexos – como violência e aborto –, é necessário compreendê-los em suas diferentes nuances. Pois, quanto maior a compreensão da influência que esses fenômenos exercem no estado de saúde das pessoas, maior será a capacidade resolutiva dos problemas e necessidades de saúde (Silva, Batistella, Gomes, 2007).

A estreita relação entre necessidades de saúde e processo de trabalho em saúde estabelece-se pela atenção oferecida às necessidades a partir do modo como as práticas assistenciais as traduzem e as atendem. Essas concepções são relevantes no campo da Saúde Coletiva, uma vez que desponta como uma possibilidade para repensar as práticas assistenciais, visando atender às necessidades em saúde suscitadas na vivência dos mais diversos problemas.

O conceito de necessidades pode variar de acordo com o referencial teórico ao qual subjaz. Na perspectiva do Materialismo Histórico e Dialético, portanto, na perspectiva marxiana, a concepção de necessidades elaborada por Agnes Heller as destaca como

> um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trata de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (Heller, 1986, p.170).

Para a autora, existem dois tipos de necessidades, a saber: necessidades naturais e necessidades propriamente humanas. As necessidades naturais vinculam-se à esfera biológica e, portanto, à autoconservação, abrangendo a necessidade de alimentação, proteção, relações sexuais, contato social e cooperação. Já as necessidades propriamente humanas associam-se aos desejos intencionais direcionados a um determinado objeto, não sendo, necessariamente, indispensáveis à existência, tais como descanso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho, atividade cultural, reflexão, amizade, liberdade e autonomia (Heller, 1986).

Salienta-se que as necessidades naturais passaram a ser consideradas por Heller (1986) como necessárias mediante o reconhecimento de serem, concomitantemente, naturais e sociais. Tal concepção pode ser entendida a partir da ideia de que para o ser humano existir como ser natural ele se relaciona com a natureza por meio da sua força de trabalho.

Destaca-se que as necessidades necessárias são históricas e englobam um conjunto de múltiplas necessidades fundamentais para os processos de reprodução em certo período de uma dada sociedade. Ademais, são sempre conscientes e individuais, produzidas nas relações socio-históricas entre indivíduos. Assim, não devem ser confundidas com a ideia implícita de necessidades sociais, já que, nesses casos, a sociedade se torna sujeito de tais necessidades, promovendo uma concepção errônea que subordina as necessidades individuais às sociais. No contexto da saúde, essa análise apresenta-se fundamental, pois traduz-se em práticas alienadas voltadas para interesses gerais que dificultam a expressão das potencialidades dos indivíduos, visto desconsiderar necessidades individuais (Mendes-Gonçalves, 2017).

Segundo Heller (1986), há, ainda, as necessidades denominadas de alienadas, produzidas pelo capitalismo e relacionadas ao acúmulo de riquezas, expressas pelo carencimento de algo. Por possuir uma característica quantitativa, esse tipo de necessidade tem sua satisfação inatingível, tendendo ao infinito.

No âmbito da saúde, o conceito de necessidades foi introduzido por Mendes-Gonçalves, que as compreende como individuais, determinadas socio-historicamente e produzidas nas relações com outros indivíduos. Reconhecer as necessidades como enfoque do trabalho em saúde acarreta considerar a inserção histórico-social das pessoas (Mendes-Gonçalves, 2017). É preciso, também, considerar que as necessidades não são exclusivamente carências, tendo em vista que expressam os valores, os projetos e desejos individuais e coletivos quando os sujeitos buscam os serviços de saúde (Silva, Batistella, Gomes, 2007).

De acordo com Breilh (2006, p. 175), existe uma concepção de as necessidades serem fenômenos objetivos da natureza que respondem ao alcance de sua satisfação, como se tratasse de algo reflexo e linear. Essa acepção se volta para um enfoque positivista, o qual desconsidera toda a subjetividade inerente às necessidades. Para o autor, é preciso entender que “a estrutura coletiva determina os modos de criação e reprodução das necessidades, as formas de produção e circulação dos bens produzidos e, por conseguinte, as maneiras de satisfazer as necessidades”. Por essa razão, não deve ser pensada por uma lógica linear, em uma dimensão singular, descontextualizada da coletividade.

Nas sociedades capitalistas, as necessidades são analisadas descontextualizando as pessoas das suas relações sociais, da sua trajetória e cultura, sendo consideradas sob uma perspectiva abstrata, baseada em indicadores. Do mesmo modo, em virtude da ideologia liberal, é possível que as necessidades não sejam sentidas pelos indivíduos, sendo expressas como demandas que não necessariamente manifestam as suas necessidades reais (Stotz, 2004).

O processo de trabalho em saúde origina-se para atender amplamente a uma dada necessidade visando aprimorar a essência humana (Campos, Bataiero, 2007). Para tanto, precisa ser pensado para além da visão reducionista de ser apenas mais um trabalho. Assim, deve considerar as dimensões que o possibilitam ser reconhecido também como uma prática social, inserida em um determinado tempo e espaço, marcada por processos de reprodução social. Nesse sentido, as necessidades em saúde que sofrem intervenção do processo de trabalho serão

sempre humanamente naturais, o que implica dizer que serão sempre historicamente determinadas (Mendes-Gonçalves, 2017).

Existe uma consubstancialidade entre as necessidades e o trabalho que tem o intuito de satisfazê-las (Egry, Oliveira, 2008). No processo de trabalho em saúde, o cuidado destina-se a solucionar problemas de saúde, sejam eles individuais ou coletivos, fato essencial para atender às necessidades demandadas pelos usuários dos serviços. A finalidade do trabalho em saúde, portanto, guarda relação com o modelo tecnoassistencial em realização, visto que ele determina como o usuário é compreendido no âmbito dos serviços de saúde: como consumidor ou como sujeito singular (Fracolli, Bertolozzi, 2008).

Merhy (2007, p.59) afirma que o encontro entre profissional de saúde e usuário não ocorre sem que esse último seja também um agente de processo de trabalho, uma vez que "põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho". Para o autor, nos modelos de atenção à saúde cujas necessidades dos usuários ordenam as práticas assistenciais, faz-se necessário ultrapassar a privatização dos espaços microdecisórios – cujo poder de decisão está na figura do profissional médico – e superar a redução da saúde como um bem de mercado.

Essa forma de estabelecer as relações no âmbito das instituições de saúde corrobora com a concepção ampliada de saúde, visto a assistência não se limitar apenas a ações curativas, mas também voltar-se para responder a necessidades cada vez mais amplas (Campos, Bataieiro, 2007).

Reconhece-se que mudanças relevantes nas práticas de saúde para enfocar as necessidades dos indivíduos exigem dos serviços e dos profissionais encarar o desafio de operacionalizar o conceito de necessidades. Para melhor apreensão das necessidades, Cecílio (2001) elaborou uma taxonomia organizada em quatro grandes grupos, quais sejam: 1. Necessidade de boas condições de vida; 2. Necessidade de acesso ao consumo de toda tecnologia, a qual é definida em cada situação tanto por profissionais quanto pelo usuário com sua necessidade real; 3. Necessidade de estabelecer vínculos afetivos entre usuários e equipe/profissional de saúde; 4. Necessidade de autonomia na construção do modo de viver de cada sujeito.

Nesse sentido, pode-se afirmar que essa operacionalização encontra-se intrinsecamente vinculada aos princípios do SUS, em especial aos conceitos de integralidade e equidade, exigindo dos profissionais reflexões aprofundadas, com vistas à reorganização do processo de trabalho em saúde, à gestão e à construção das práticas de saúde (Cecílio, 2001).

Oliveira (2012) entende os serviços de saúde como espaços onde as necessidades estão instituídas, seja pela ação profissional de instaurar as necessidades por meio das ações ofertadas ou pelos usuários que buscam esses locais com suas demandas. No entanto, as necessidades sob a forma de demandas não devem ser consideradas apenas carecimento, dado que analisá-las por essa perspectiva exclui a existência de necessidades capazes de expressar as potencialidades humanas.

Sabe-se que quando um usuário busca assistência tende a moldar suas necessidades às ações ofertadas pelos serviços de saúde, apresentando na sua demanda a tradução de necessidades muito complexas (Cecílio, 2001). Por essa razão, é imperativo que os profissionais de saúde sejam capazes de estabelecer uma escuta qualificada a fim de reconhecer as necessidades, considerando a inserção dos usuários na sociedade, no intuito de evitar reduzi-las a aspectos clínicos e biológicos (Moraes, Bertolozzi, Hino, 2011).

Sendo assim, o modelo de atenção à saúde deve organizar os serviços combinando técnicas e conhecimentos capazes de satisfazer as diferentes necessidades da população, sem restringir-se à proposição de fluxos e serviços a serem ofertados (Souza, Botazzo, 2013). Stotz (2004) afirma que quando um sistema de saúde está organizado visando à satisfação das necessidades dos usuários, admite-se que estas são construídas socialmente e estão embasadas nos múltiplos atores sociais e na busca para aliviar sofrimentos e tratar enfermidades.

Embora as necessidades sejam concebidas como fenômenos manifestados individualmente (Heller, 1986), acredita-se que elas podem ser expressas de forma similar por indivíduos de um grupo social específico, os quais compartilham a vivência de potenciais de desgate e fortalecimento.

Em se tratando das relações desiguais entre os gêneros, sabe-se que estas são construídas historicamente pelo modo de produção e organização da sociedade. Assim, os lugares sociais ocupados por homens e mulheres estão relacionados aos

seus processos de adoecimento e morte, convergindo para a ideia de que os modos de viver refletem nas necessidades em saúde (Silva, Batistella, Gomes, 2007).

Nesse sentido, destacam-se as mulheres em situação de violência, que apresentam necessidades particulares, oriundas do desrespeito aos direitos humanos e à cidadania, tendo em comum a desigualdade de gênero que desencadeia vulnerabilidades a agravos diversos (Schraiber et al., 2012). Por serem constituídas por processos de vida comuns das mulheres e expressas de modo peculiar, suas necessidades devem ser reconhecidas com base nos espaços sociais em que estão inseridas, onde a ideologia da dominação masculina é naturalizada (Oliveira, Fonseca, 2015).

Assim como todos os fenômenos sociais, a violência produz necessidades que se relacionam ao processo histórico e econômico da sociedade, bem como ao processo saúde-doença das mulheres, sendo fundamental repensar criticamente a assistência ofertada às vítimas (Guedes, Fonseca, Egry, 2013).

O fato de, em geral, as práticas em saúde se voltarem para uma assistência individualizada, desconsiderando as necessidades das pessoas enquanto protagonistas na determinação social do processo saúde-doença, não impulsiona mudanças nos modos de vida. No caso de mulheres em situação de violência, essa forma de conduzir o processo de trabalho, além de homogeneizar as necessidades de gênero, impossibilita o empoderamento e a emancipação de gênero, bem como dificulta o enfrentamento da violência contra a mulher (Oliveira, 2011).

Assim, é preciso pensar as intervenções em saúde voltadas para as mulheres em situação de violência, articulando os serviços que compõem o sistema de saúde em uma rede, com diferentes portas de entrada. Essa articulação apresenta-se importante, haja vista a complexidade do fenômeno da violência exigir ações intersetoriais. Diante disso, autores apontam como fundamental para atender às necessidades em saúde a cooperação entre o setor saúde e demais políticas governamentais e o estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e mulheres violentadas, no intuito de minimizar os sofrimentos das vítimas e suas famílias (Silva, Batistella, Gomes, 2007).

3.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E ACESSO AO ABORTO LEGAL

O reconhecimento da associação da violência contra a mulher com determinantes estruturais da sociedade contribuiu para analisar esse fenômeno em toda sua complexidade. Por se tratar de um fenômeno multidimensional que perpassa por diversas áreas, estudiosas reconhecem a importância de seu enfrentamento ocorrer de modo intersetorial por meio de uma articulação em rede (Lima, 2014; Oliveira, Delziovo, Lacerda, 2014; Menezes et al., 2014; Arboit et al., 2017).

A própria Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990, estabelece a necessidade de os serviços estarem dispostos em uma rede regionalizada e hierarquizada, com vistas a garantir os princípios doutrinários da equidade, integralidade e universalidade, os quais conferem legitimidade ao SUS (Brasil, 1990).

De acordo com Mendes (2011, p. 81), as Redes de Atenção à Saúde (RASs) podem ser definidas como

> organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Todos os serviços que compõem as RASs atuam em uma relação horizontal, com objetivos comuns, não havendo fundamento em estabelecer hierarquias entre eles. As RASs são compostas por três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Esse modo de organização possibilita que as ações estabelecidas sejam direcionadas a um público-alvo, no intuito de que as estruturas dos serviços e as normalizações dos atendimentos possam atender às necessidades demandadas pela população (Mendes, 2010).

As redes, portanto, são estratégias organizacionais cujo território é a base para desenvolvimento de políticas. Tratando-se do setor saúde, os serviços devem ser fundamentalmente considerados espaços vivos, nos quais há compartilhamento de ideias e ações (Lima, 2014).

Tratando-se do fenômeno da violência contra a mulher, as políticas e propostas estabelecidas no cenário brasileiro coadunam com essa perspectiva de rede visando

à garantia dos direitos das mulheres. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil, 2011a) considera fundamental implementar políticas amplas e articuladas capazes de envolver diferentes setores para enfrentar a problemática da violência.

A proposta de superar a fragmentação dos serviços requer um trabalho em rede baseado na intersetorialidade. Nesse sentido, a Secretaria de Políticas para as Mulheres estabeleceu a criação de uma Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a qual envolve instituições e serviços governamentais e não governamentais e a comunidade, com vistas a desenvolver ações efetivas para combater e prevenir a violência, assim como promover assistência qualificada às vítimas a fim de garantir os seus direitos (Brasil, 2011c).

No âmbito da Rede de Enfrentamento, insere-se a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, a qual está dividida em quatro setores principais, a saber: saúde, assistência social, segurança pública e justiça (Brasil, 2011c). Desse modo, a rede integra instituições de natureza diversas, vinculadas ao SUS, ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS), Sistema de Justiça e de Direitos Humanos, Sistema Único de Segurança Pública e da sociedade civil organizada (Oliveira, Delziovo, Lacerda, 2014).

O objetivo dessa rede é ampliar e melhorar a qualidade do atendimento, por meio da identificação e encaminhamento adequados de mulheres em situação de violência, considerando a humanização e a integralidade (Brasil, 2011c). Salienta-se que essa articulação deve ocorrer tanto de modo intrasetorial quanto intersetorial, o que significa definir os papéis desempenhados pelos setores envolvidos, visando ao cuidado e à proteção social das mulheres e suas famílias integralmente (Oliveira, Delziovo, Lacerda, 2014).

Estruturar uma rede de atenção às pessoas em situação de violência é um processo contínuo que requer constante articulação e compromisso dos serviços e, principalmente, dos profissionais envolvidos (Oliveira, Delziovo, Lacerda, 2014). Sabe-se que as inúmeras demandas de uma mulher vítima de violência não são passíveis de resolução em um único setor, sendo fundamental que os profissionais conheçam de fato a rede da qual fazem parte. Independentemente do serviço escolhido pela mulher para ser sua porta de entrada na rede, os profissionais devem estar aptos a identificar sua condição de vítima de violência e encaminhá-la para

outros serviços e/ou setores, contribuindo, assim, para o seu empoderamento e para o enfrentamento da violência (Menezes et al., 2014).

Nesse sentido, é necessário que o trabalho intra e intersetores tenha a comunicação como um pilar visando minimizar a revitimização das mulheres e promover a concretização da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Sendo assim, é imprescindível que os profissionais atuantes nos setores e serviços da rede conheçam mutuamente as competências, atribuições e a localização de cada serviço, assim como seus fluxos de atendimento (Lima, 2014; Menezes et al., 2014).

Cecílio (2001, p.124) afirma que essa articulação se apresenta como uma “integralidade ampliada”, sendo considerada a “máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros”. Independentemente da porta de entrada escolhida pela mulher para adentrar na rede, o cuidado individual ofertado deve atentar para a possibilidade de agregar diferentes saberes e práticas.

O fato de a rede propor uma atenção horizontal demanda uma reorganização dos serviços nela inseridos, visto que a intersetorialidade e as intervenções transdisciplinares possibilitam a identificação de necessidades que antes eram invisibilizadas. É necessário que os serviços compartilhem minimamente as ações que ofertam às mulheres vítimas de violência, conforme dito anteriormente, visto ações isoladas não serem capazes de responder às necessidades desencadeadas pela violência (Schraiber et al., 2012).

Na perspectiva da Saúde Coletiva, a incorporação da categoria gênero e da concepção dos direitos humanos e sociais possibilitou novas configurações à atenção integral às mulheres vítimas de violência. Por essa razão, ao serem reconhecidos os direitos humanos e sociais como princípios do modelo de atenção às vítimas de violência, as mulheres poderão ter seus direitos efetivados, considerando as especificidades do serviço que escolheram como porta de entrada da rede (Schraiber et al., 2012).

Apesar dos avanços evidenciados nas políticas públicas e no reconhecimento da importância da articulação dos serviços, a expansão das redes de atendimento às mulheres vítimas de violência e a garantia do acesso aos serviços ainda estão longe do ideal (Villela, Lago, 2007).

Pesquisas revelaram as dificuldades dos profissionais para lidar com vítimas de violência. No âmbito da saúde, há a concepção errônea de que o fenômeno da violência não faz parte do escopo de atendimento dos serviços de saúde, o que reflete em atitudes de descaso e negligência para com as mulheres. É necessário o rompimento da visão limitada de alguns profissionais quanto ao problema da violência se inserir na esfera da saúde apenas quando existem agravos físicos. Essa concepção ancora-se no modelo biomédico hegemônico da assistência e dificulta o acolhimento e a escuta qualificada, ambos capazes de contribuir para o enfrentamento da violência. Ainda, barreiras como o estereótipo de gênero e o preconceito precisam ser ultrapassadas para que a assistência às vítimas ocorra de maneira integral e livre de julgamentos (Villela, Lago, 2007; Lima, 2014; Soares, Lopes, 2018).

Além disso, Kiss et al. (2007) afirmam que a comunicação entre os serviços da rede ocorre por meio de encaminhamento individual de cada mulher, não sendo seus percursos acompanhados, tampouco os fluxos assistenciais pensados considerando as particularidades de cada caso.

Quando se trata de violência sexual, a expansão da rede de enfrentamento depende do interesse de gestores locais para implementá-la. Ocorre que, diante da possibilidade de adotar uma postura favorável a essa questão, os gestores têm receio de perder apoio político dos setores mais conservadores da sociedade (Villela, Lago, 2007).

Sendo essa problemática não priorizada financeiramente por gestores estaduais e municipais, as políticas locais são pouco sensíveis às questões de gênero e à violência de gênero, não sendo posta em prática a legislação vigente nos diversos serviços (Lima, 2014). Desse modo, as dificuldades persistentes na articulação das diferentes instituições repercutem diretamente no atendimento ofertado às mulheres, uma vez que as ações isoladas respondem parcialmente à demanda trazida por elas, reforçando, assim, a fragmentação da assistência e a rota crítica (Schraiber et al., 2012).

Para Lima (2014), os serviços de saúde precisam se aproximar e inteirar da problemática da violência sexual, visto ser, muitas vezes, a porta de entrada escolhida pela mulher para a rede de atendimento. Logo, a organização dos serviços deve estar em acordo com os modelos de atenção à saúde compatíveis com as necessidades das mulheres, considerando as condições locais, a responsabilidade

de cada esfera de governo e os custos possíveis para o aperfeiçoamento da assistência.

Diante dos entraves operacionais e conflitantes existentes no conjunto dos serviços, é imperativo que as redes sejam projetadas no sentido de promover assistência conjunta, unificando campanhas. Ademais, é necessário que construam canais de comunicação interinstitucional para estabelecer protocolos assistenciais e ferramentas tecnológicas compatíveis que definam coletivamente os seus objetivos assistenciais. Nesse processo, o apoio do Estado é fundamental (Kiss et al., 2007).

Tratando-se do direito ao aborto legal, o atendimento na rede apresenta entraves na própria implementação nas instituições, desencadeando dificuldades de acesso para as mulheres. Por não haver institucionalização formal desse tipo de serviço pelo Ministério da Saúde, a direção dos estabelecimentos de saúde tem liberdade para decidir sobre o seu funcionamento. A indefinição da responsabilidade institucional do Estado dificulta a ampliação do acesso das usuárias aos serviços em todo território nacional, impedindo-as de terem seus direitos garantidos (Lima, 2014).

Além disso, há desconhecimento por parte dos atores que compõem a rede sobre os serviços que disponibilizam o aborto legal, especialmente os profissionais que trabalham em hospitais classificados como gerais (Schraiber et al., 2012). Esse desconhecimento revela a fragmentação da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres, sendo necessário que os gestores reconheçam o problema para organizar ações capazes de atender integralmente as mulheres.

Para García-Moreno et al. (2015), respostas eficazes a mulheres vítimas de violência serão possíveis quando o sistema de saúde fornecer suporte para minimizar as consequências oriundas da violência e prevenir sua ocorrência. Para tanto, é preciso capacitar os profissionais de saúde visando romper com o modelo biomédico hegemônico a fim de possibilitar uma resposta multissetorial a um fenômeno multidimensional como a violência.

Percurso metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O delineamento metodológico do presente estudo foi inspirado na pesquisa desenvolvida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) intitulada “A rota crítica de mulheres afetadas pela violência intrafamiliar na América Latina” (Sagot, 2000). A referida pesquisa foi realizada em dez países, dos quais três eram países Andinos e sete da América Central, com o intuito de conhecer a rota crítica percorrida por mulheres que vivenciavam violência intrafamiliar na busca por ajuda institucional e os fatores que influenciaram esse processo.

Justifica-se a escolha pela complexidade dos fenômenos em estudo, sobretudo do aborto, e o reconhecimento de que as restrições legais no Brasil a esse procedimento, associadas a concepções religiosas, tornam dificultoso o acesso das mulheres a serviços de saúde para solicitá-lo. Assim, entende-se que o delineamento da rota crítica possibilitou conhecer as decisões tomadas pelas mulheres para iniciar a trajetória na busca pelo aborto, além dos elementos motivadores e inibidores desse processo, dos entraves e das respostas institucionais obtidas.

Diante do propósito de compreender a rota crítica trilhada por mulheres em busca de realizar um aborto legal e as necessidades em saúde desencadeadas nesse processo, o estudo em tela foi exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, utilizando como categorias de análise a Violência de Gênero, Necessidades em Saúde e Organização dos serviços para enfrentamento da violência contra a mulher e acesso ao aborto legal.

Por enfocar a subjetividade, a pesquisa qualitativa não busca a generalização estatística, mas sim apreender particularidades e significados de um contexto para os indivíduos, aos quais é dada a oportunidade de verbalizar situações, muitas vezes, silenciadas e invisibilizadas no contexto social (Sagot, 2000). Desse modo, busca compreender os significados das experiências do mundo social e do modo como as pessoas o compreendem. Para tanto, são utilizadas estratégias capazes de obter explicações acerca dos fenômenos sociais (Pope, Mays, 2009).

No campo da Saúde Coletiva, as pesquisas de caráter qualitativo consideram a historicidade e a dinamicidade ao analisar processos individuais e coletivos, determinados pelos aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais da sociedade. Desse modo, permitem compreender a realidade objetiva e suas contradições nas dimensões estrutural, particular e singular, superando a visão limitada de determinado fenômeno (Egry et al., 2017).

Destaca-se que o referencial teórico-metodológico utilizado vai ao encontro da compreensão do tecido social que envolve o fenômeno do aborto, permeado por contradições reproduzidas nos serviços de saúde, que dificultam a concretização de práticas sociais mais solidárias que atendam às necessidades em saúde das mulheres. Assim, para investigar a rota crítica foi fundamental utilizar a categoria violência de gênero, articulando-a com as necessidades em saúde e a organização dos serviços para enfrentamento da violência contra a mulher. Com isso, pretendeu-se conhecer como se dão as práticas concretas em saúde e o modo como estas se configuram na perspectiva do enfrentamento e da superação da violência contra a mulher e da busca pelo aborto previsto em lei.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher, localizado no munícipio de São Paulo, Brasil. Esse serviço tem como missão “prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial, sendo referência nas áreas de ginecologia, reprodução humana e oncologia genital e mamária, para região metropolitana da grande São Paulo”. Além de atendimento hospitalar, possui como objetivos a educação em saúde da comunidade, a pesquisa, o desenvolvimento de tecnologias apropriadas, o ensino e o intercâmbio com instituições de ensino (Hospital Pérola Byington, 2019).

A instituição foi uma das primeiras a assistir mulheres em situação de violência sexual no Brasil. Desde 1994, possui um Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual (Núcleo AVS), que atende integralmente pessoas de qualquer idade em situação de violência sexual tanto em situação emergencial quanto para reabilitação (Drezett et al., 2012).

Em 2001, por meio do Decreto n° 46.369, o governo do estado de São Paulo elaborou o Programa Bem-Me-Quer, uma política pública cujo propósito é ofertar assistência humanizada às vítimas de violência sexual, além de atendimento integrado entre assistência policial, pericial, médico-assistencial e apoio jurídico. Essa integração é executada entre Secretaria da Segurança Pública, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social e a Procuradoria Geral do Estado (São Paulo, 2001).

Em razão da história no enfrentamento à violência sexual, o Hospital Pérola Byington foi selecionado para sediar o programa, sendo instituída uma unidade do IML no local para realizar, exclusivamente, exames de sexologia forense (Drezett et al., 2012). Assim, as etapas de atendimento às vítimas de violência sexual foram centralizadas em um mesmo local, facilitando o acesso e minimizando possíveis obstáculos.

Além dos procedimentos médico-legais, o setor de urgência funciona 24 horas para assistência às mulheres com agravos físicos, evitar gravidez indesejada e IST. O Núcleo AVS funciona de segunda a sexta-feira, no horário das oito às 19 horas. Para atendimento ao público, o setor dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por três médicos ginecologistas, sete psicólogas, quatro assistentes sociais, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, além de quatro profissionais técnico-administrativos, que trabalham na recepção do setor. O atual coordenador do Núcleo AVS, médico ginecologista, não exerce função assistencial com as mulheres, sendo responsável pela gestão do setor.

Quanto ao espaço físico, o Núcleo AVS funciona na parte térrea do hospital, ao lado da urgência ginecológica e do IML. Nesse local, há uma antessala com televisão, cadeiras, alguns brinquedos e livros infantis disponíveis para entreter crianças que estão em acompanhamento psicológico por serem vítimas de violência e abuso sexual. Existem salas para atendimento de assistência social e psicologia, além de um consultório médico e uma sala onde funciona a recepção do Núcleo AVS. O atendimento é reservado, livre de olhares curiosos.

No entanto, destaca-se que esse espaço não é exclusivo para o atendimento de vítimas de violência. Há também um posto para coleta de exames laboratoriais e uma sala para marcação de exames de alta complexidade para pacientes em geral. Na vivência da pesquisadora do cotidiano do serviço, percebeu-se que isso minimizava a exposição das vítimas de violência, entretanto, em horários de maior

movimentação, o barulho pelo aglomerado de pessoas interferia nas consultas com os profissionais.

O Núcleo AVS atende mulheres por demanda espontânea ou encaminhadas por outros serviços que desejam solicitar aborto legal seja por risco de morte, fetos anencéfalos ou com anomalias graves, bem como gravidezes decorrentes de estupro. Para estas, na recepção do setor, as mulheres precisam apenas manifestar o desejo de interromper a gravidez, informando ser resultante de estupro. A seguir, é aberto o prontuário e feito um cartão de atendimento, contendo os dados pessoais e espaços para agendamento das consultas necessárias para solicitação do aborto.

A princípio, as mulheres são encaminhadas para realizar exame ultrassonográfico. Após o exame, com o laudo em mãos, geralmente em envelope lacrado, retornam à recepção para agendar consultas com a equipe multiprofissional. Estas, por sua vez, podem ser agendadas para um único dia ou em dias distintos, dependendo da disponibilidade, mas, principalmente, levando em conta a idade gestacional da mulher. Destaca-se que pelo fato de o serviço atender mulheres de diferentes regiões do país, existe, nesses casos, maior sensibilização por parte da equipe para agendar os atendimentos em um único dia. A marcação das consultas pode ser feita, inclusive, via telefone ou por meio eletrônico.

Inicialmente, as mulheres são atendidas por uma assistente social para quem primeiro relatam o episódio violento. Essa profissional tem a responsabilidade de orientá-las quanto à importância de sugerir medidas policiais e judiciais cabíveis, porém salientam que a aprovação do aborto não tem qualquer vínculo com a decisão sobre tais medidas. Além disso, informam acerca das alternativas legais para o desfecho da gestação: levar a gravidez a termo e inserir a futura criança na sua família ou doá-la para o processo de adoção legal ou, ainda, optar pelo aborto.

Nesse primeiro contato, é preenchida a ficha de notificação compulsória da violência sexual e caso as mulheres decidam pelo aborto recebem orientações para providenciar os documentos legais necessários à solicitação. Nos documentos, é relatada a situação de violência sexual e as mulheres assumem a responsabilidade quanto à veracidade das informações, além de declararem expressamente a decisão voluntária e consciente pelo aborto.

Em seguida, as mulheres são atendidas por uma das psicólogas do Núcleo AVS, que além de fazer a escuta sobre a violência, direciona o atendimento para buscar significados relativos ao episódio violento, à gravidez e ao aborto. Ao final, se

a mulher residir na cidade de São Paulo, é feito agendamento para as consultas subsequentes. Destaca-se que após o atendimento, a assistente social e psicóloga manifestam parecer favorável ou não ao pedido de interrupção da gravidez. Entretanto, as mulheres não tomam conhecimento desse parecer nesse momento.

Na consulta médica, as mulheres são submetidas a exame físico e obstétrico, há avaliação do laudo da ultrassonografia e análise da compatibilidade entre data da violência sexual e a idade gestacional. Sendo a profissional médica a última a conceder a aprovação do aborto, ela é responsável por informar à mulher a decisão de todos os membros da equipe, definir a data para realização do procedimento e estabelecer o tipo de procedimento a que a mulher será submetida de acordo com a idade gestacional. Ainda, solicita uma série de exames laboratoriais, incluindo sorologia para diversas IST, como HIV, Sífilis e Hepatite B e C, coletados ao final da consulta.

Nesse contexto, convém esclarecer que a escolha do procedimento para interromper a gravidez pelas médicas do Núcleo AVS embasava-se, principalmente, na idade gestacional da mulher. Assim, com idade gestacional até 12 semanas, as mulheres eram submetidas à aspiração manual intrauterina (AMIU) e entre 13 e 22 semanas de gestação, a um aborto medicamentoso.

Quanto à enfermeira da equipe do Núcleo AVS, essa profissional não é exclusiva do setor e, por essa razão, nem sempre participa diretamente do processo de aprovação do aborto. Por trabalharem seguindo o mesmo protocolo, as profissionais deferem ou não o aborto, não havendo necessariamente uma reunião para discussão de casos, exceto quando há alguma divergência quanto à data da violência e idade gestacional ou alguma outra circunstância que levante suspeitas ou dúvidas acerca da narrativa apresentada.

Quanto à internação, destaca-se que o Hospital Pérola Byington dispõe de enfermarias exclusivas para as mulheres que estão em processo de aborto legal, sendo assistidas por uma equipe de enfermagem experiente e enfermeiras obstetras empáticas com a causa a fim de minimizar eventuais situações de violência institucional.

Desde a implantação do Núcleo AVS, o Hospital Pérola Byington já atendeu mais de 23 mil mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência sexual (Drezett et al., 2012). Em relação aos abortos legais de gestações resultantes de estupro, o serviço realizou, apenas no ano de 2018, 363 procedimentos, o que

mostra o engajamento do serviço para garantir o direito e a autonomia das mulheres vítimas de violência sexual (Hospital Pérola Byington, 2019).

Mediante o exposto, embora o hospital seja referência para assistir mulheres da Região Metropolitana da cidade de São Paulo, seu compromisso de atendimento às vítimas de violência sexual faz com que seja reconhecido em todo território nacional. Por essa razão, a instituição foi escolhida para desenvolver a pesquisa em tela.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa, inicialmente, contou com a participação de 15 mulheres que solicitaram aborto no Hospital Pérola Byington e atenderam aos critérios de inclusão de ter idade igual ou superior a 18 anos e advirem de municípios situados fora da Região Metropolitana de São Paulo ou de outros estados brasileiros. Como critérios de exclusão foi estabelecido que seriam excluídas da investigação mulheres com problemas psiquiátricos graves ou com alguma deficiência cognitiva.

Considerando os questionamentos iniciais do estudo, algumas entrevistadas não forneceram informações que respondessem às perguntas de pesquisa, sendo então excluídas do corpus de material empírico e armazenadas em um banco de dados. Essa seleção não interferiu negativamente nos resultados, pois, considerando que não houve prédeterminação da amostra, as informações com o número final de participantes do estudo atingiram a saturação teórica dos dados.

Participaram efetivamente do estudo 10 mulheres escolhidas de modo intencional. Esse número de participantes foi considerado satisfatório, uma vez que, conforme afirma Minayo (2017), a amostragem ideal para uma pesquisa qualitativa deve refletir as múltiplas dimensões de um fenômeno, buscando abranger toda a diversidade para sua compreensão. Neste estudo, a amostra possibilitou apreender detalhes e aprofundar a compreensão das informações obtidas, sendo essa condição determinante para cessar a coleta de dados.

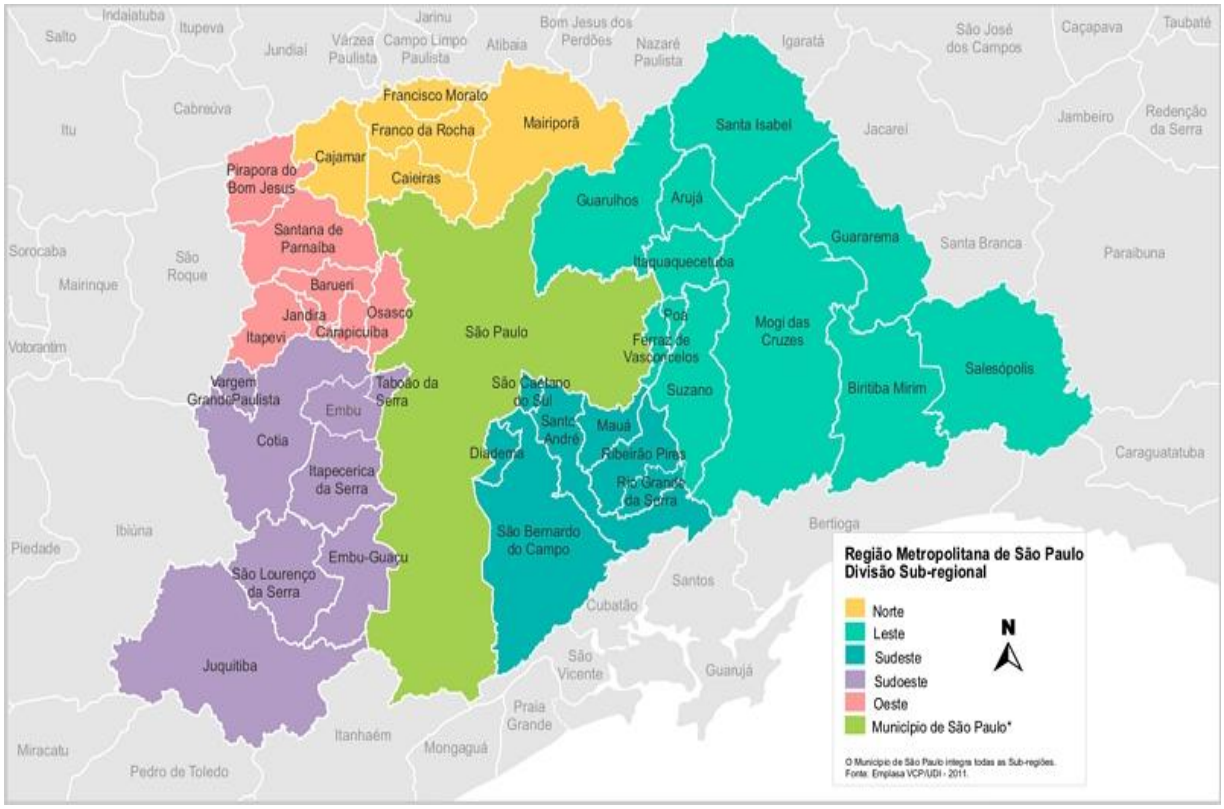
Relativo à decisão de entrevistar mulheres residentes fora do município de São Paulo e Região Metropolitana, a escolha baseou-se na concepção de que as moradoras dessa região enfrentariam menos percalços para conseguir acessar um serviço onde pudessem solicitar um aborto previsto em lei. Tal fato foi evidenciado

durante a coleta de dados, quando se observou que, em geral, a trajetória percorrida por essas mulheres apresentava-se de modo linear. Ainda, o fato de, constantemente, a mídia paulistana divulgar as ações desenvolvidas pelo Núcleo AVS, promovendo o acesso à informação, diminuía consideravelmente os obstáculos dessa trajetória.

Em contrapartida, mulheres residentes em cidades localizadas fora dessa região, ao não encontrar uma rede de enfrentamento à violência que as assistisse integralmente, percorreram um longo percurso repleto de obstáculos para acessar a mesma instituição.

A Região Metropolitana de São Paulo abrange 39 munícipios, distribuídos em cinco sub-regiões, conforme mostra a Figura 1. No território, reside cerca de 50% da população estadual, aproximadamente 21,4 milhões de habitantes (Emplasa, 2019).

Figura 1 – Divisão Sub-regional da Região Metropolitana de São Paulo



Fonte: Emplasa (2019).

Convém acrescentar que, para garantir o anonimato das participantes, lhes foram atribuídos nomes fictícios. A decisão por denominar todas as entrevistadas com nomes compostos iniciados por Maria deu-se após conversa com uma das

participantes, a qual, ao ser informada sobre o sigilo de sua identidade, afirmou não se importar que seu primeiro nome aparecesse em qualquer documento referente à pesquisa. Afinal, segundo ela, as mulheres que vivenciavam um aborto ou buscam esse procedimento são muitas. São *todas Marias*, disse ela, fazendo referência ao nome mais popular entre as brasileiras, conforme apontou o Censo 2010 (IBGE, 2010).

Obviamente seu nome não é Maria e fora cumprido o dever ético de garantir seu anonimato, mas sua reflexão articulando um nome popular com o aborto, fenômeno corriqueiro na vida das mulheres, foi devidamente registrada em diário de campo e contribuiu para a decisão de personificá-las enquanto protagonistas de suas histórias, escolhas reprodutivas e também deste estudo. Assim, os seguintes nomes foram selecionados e atribuídos de modo aleatório às pesquisadas: Maria Antônia, Maria Beatriz, Maria Clara, Maria Eduarda, Maria Fernanda, Maria Helena, Maria Júlia, Maria Luiza, Maria Rita, Maria Tereza.

4.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi necessário conhecer efetivamente o Hospital Pérola Byington a fim de realizar a captação da realidade objetiva com o intuito de definir, de fato, o serviço como campo de estudo. Esse primeiro contato ocorreu ainda na fase de elaboração do projeto de pesquisa, por meio de visita técnica, na qual pode-se conhecer toda a estrutura física do hospital, bem como compreender o fluxograma de atendimento às mulheres que procuram especificamente o Núcleo AVS para solicitar aborto.

De posse da aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, quando a coleta de dados foi iniciada, em sua primeira semana de inserção no serviço, a pesquisadora realizou uma maior aproximação com o campo de estudo para conhecer a dinâmica do processo de trabalho no Núcleo AVS. Esse momento foi importante, visto que possibilitou, ainda, que todas as profissionais tomassem ciência da sua presença no setor e conhecessem os propósitos da pesquisa.

Nesse momento, foram realizadas observações na recepção e na sala de espera do setor. Além disso, mediante autorização das profissionais e das mulheres, foram presenciados alguns atendimentos realizados por assistentes sociais e

psicólogas. Essas ações foram de fundamental importância para estabelecer vínculo com as profissionais atuantes no setor, além de contribuir para o entendimento do significado do encontro entre mulheres e profissionais no serviço que representava, para muitas, a última esperança de conseguir efetivar um aborto previsto em lei.

A coleta de dados ocorreu entre 03/07/2018 e 30/09/2018 por meio de entrevistas em profundidade. A escolha por esse tipo de entrevista baseou-se no fato de ela permitir a busca da expressividade do grupo em estudo, possibilitando à entrevistada falar livremente sobre o fenômeno, com a mínima interferência da entrevistadora (Silva, 2005). Para tanto, utilizou-se um roteiro de entrevista constituído por questões sociodemográficas, visando caracterizar as participantes, e por questões norteadoras que serviram como guia para compreender a realidade objetiva a partir das falas das entrevistadas (Apêndice 1).

A seleção das mulheres que atendiam aos critérios de inclusão contou com a ajuda das recepcionistas do Núcleo AVS, as quais informavam à investigadora sobre possíveis participantes do estudo devido serem elas as responsáveis por realizar o registro hospitalar e, por essa razão, conhecerem antecipadamente a procedência de cada mulher.

O convite para participar da pesquisa ocorria, geralmente, após as mulheres serem atendidas pela assistente social. Contudo, eventualmente, em algumas situações, em virtude de as consultas terem hora marcada, algumas foram convidadas após passarem também em consulta com a psicóloga, com o intuito de não atrapalhar o processo de solicitação pelo aborto e desencadear maior ansiedade. Nos resultados, não foi constatada qualquer influência dessa situação nas narrativas das participantes, haja vista a tomada de conhecimento sobre a resposta ao pedido pelo aborto ser oficializada apenas após a consulta médica.

Salienta-se que as entrevistas ocorreram em duas etapas: na ocasião da solicitação do aborto e após o procedimento ter sido realizado. No único caso em que o pedido de aborto foi negado, a mulher foi entrevistada após receber indeferimento de seu pedido.

Mediante o convite da pesquisadora, as mulheres foram informadas sobre os propósitos e objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas acerca da voluntariedade da sua participação. Caso decidissem participar, eram conduzidas a uma das salas do próprio setor para garantir a privacidade, sendo, então, solicitada

autorização formal para participar da pesquisa. Apenas após esses esclarecimentos e autorização formal se iniciava a primeira etapa da entrevista.

As histórias das mulheres foram gravadas em gravador de voz digital, com o intuito de apreender as narrativas na íntegra. As entrevistas tiveram duração variando entre 30 e 65 minutos. Após a entrevista, todas as mulheres foram questionadas sobre o desejo de ouvir seu discurso, visando avaliá-lo e, caso desejassem, poderiam alterar ou excluir trechos. No entanto, nenhuma mulher desejou utilizar esse recurso.

A segunda etapa da pesquisa ocorreu após as mulheres terem se recuperado da anestesia após realização da AMIU ou quando já tinham se alimentado após a expulsão fetal, em caso de aborto medicamentoso. Por já saberem que teria o segundo momento da entrevista e já estarem familiarizadas com a pesquisadora, as mulheres foram conduzidas até uma sala localizada no mesmo pavimento da enfermaria.

Convém acrescentar que apenas a pesquisadora responsável pelo estudo teve acesso aos áudios das entrevistas, que foram armazenados em uma pasta protegida por senha em um computador pessoal, sendo ela a única a manipulá-los. Garantiu-se, assim, total sigilo sobre as histórias das mulheres.

Durante a coleta de dados, a presença constante da pesquisadora no Núcleo AVS possibilitou encontros com as mulheres em diferentes momentos, o que contribuiu para o estabelecimento de uma relação mais próxima e empática entre ambas. Tais encontros possibilitaram ricos registros em um diário de campo, contribuindo para melhor compreensão da vivência das mulheres durante o processo de solicitação do aborto e posterior período de internação.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As histórias das mulheres foram transcritas integralmente, com a máxima fidedignidade e legibilidade, apontando pausas, risos, choros, gestos e entonação de voz ao longo da entrevista, conforme estabelece a metodologia proposta por Pierre Bourdieu. Para esse autor, “transcrever é necessariamente escrever, no sentido de reescrever [...]”. (Bourdieu, 2001, p.710).

As narrativas foram organizadas, escritas e apresentadas no estilo indireto, contendo título e subtítulo, esse último elaborado com frases das próprias entrevistadas para possibilitar ao leitor compreender as necessidades singulares de cada mulher, expressas no seu discurso. Desse modo, são oferecidos caminhos ao leitor para posicioná-lo no espaço social de onde a pesquisada apresenta seu ponto de vista (Bourdieu, 2001).

Para análise das falas, seguiram-se os procedimentos propostos por Bardin (2011) visando à emergência das categorias empíricas. A análise de conteúdo diz respeito a um conjunto de técnicas de comunicação cujo propósito é obter sistematicamente indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e reprodução de mensagens. Nesse sentido, é um processo dedutivo que busca correlação entre a semântica ou linguística e as estruturas psicológicas e/ou sociológicas das falas. Ao analista, é necessário tentar obter significados não apenas do conteúdo escrito, mas também do segundo plano das mensagens. A análise é constituída por quatro etapas: organização da análise, codificação, categorização e inferência (Bardin, 2011).

Inicialmente, foram feitas leituras flutuantes das narrativas, seguidas de leitura exaustiva para identificar os núcleos de sentido que originam as categorias empíricas. Os núcleos de sentido são elementos de significação cuja análise se dá pela presença ou aparição no texto e, quando agrupados, originam as categorias temáticas (Bardin, 2011).

O uso de um *software* para auxiliar a organização dos dados obtidos com a análise de conteúdo foi fundamental para aprofundar a análise de um grande número de informações, com menor interferência da pesquisadora. Desse modo, utilizou-se o *software Web Qualitative Data Analysis (WebQDA)*, que permite organizar os dados codificados de modo estruturado e interligado (Souza, Costa, Moreira, 2011).

Esse *software* colaborativo possibilita editar, visualizar, interligar e organizar documentos, tendo o pesquisador total controle dos dados e da análise, visto ele se configurar de acordo com as necessidades do investigador (Souza, Costa, Moreira, 2011). Justifica-se a escolha do *WebQDA* devido à possibilidade de compartilhamento do banco de dados entre pesquisadores, associado ao controle total e flexível dos dados e da análise, permitindo que novas categorizações sejam realizadas nas diversas fases do processo de análise (Lopes, Vieira, Moreira, 2013).

Ademais, reconhece-se que utilizar esse tipo de recurso para análise de dados em uma pesquisa qualitativa oferece maior rigor e cientificidade ao estudo.

No *software WebQDA,* cada projeto corresponde a um documento eletrônico online, possibilitando uma base multimídia na qual é possível armazenar, codificar e indexar segmentos de informação. Está organizado em três partes distintas: Fontes, Codificação e Questionamento (Lopes, Vieira, Moreira, 2013).

Na primeira etapa, denominada Fontes, ocorre a inserção dos dados, quer seja em formato de textos, imagens, vídeos ou áudios. Na etapa da Codificação, são criadas dimensões, indicadores ou categorias, sejam elas descritivas ou interpretativas. Pelo fato de essas duas etapas serem interligadas, o pesquisador tem a possibilidade de configurar os dados, de modo que eles fiquem estruturados e conectados. Por fim, na terceira etapa, denominada de Questionamento, o pesquisador dispõe de ferramentas para questionar os dados, considerando a configuração definida nas etapas anteriores, de forma interativa, estabelecendo padrões e relações entre os dados já codificados (Souza, Costa, Moreira, 2011).

Nesta pesquisa, o uso do *software* se deu, primeiramente, com a importação das entrevistas transcritas, em que consistiram as fontes internas. Após leitura exaustiva do material, foram selecionadas informações, expressões ou trechos das entrevistas capazes de iluminar o objeto de estudo, possibilitando a codificação por meio da ferramenta códigos árvore, que representava as categorias e subcategorias empíricas originadas a partir da análise de conteúdo. Foi usado o código classificação fonte presente no *software WebQDA* visando caracterizar as participantes da pesquisa, de modo a ter uma visão geral sobre suas características sociais e obstétricas.

O processo de tratamento, análise e discussão dos dados teve como suporte as categorias analíticas “Violência de Gênero”, “Necessidades em Saúde” e “Organização dos serviços para enfrentamento da violência contra a mulher e acesso ao aborto legal”.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento de todas as etapas do estudo atendeu aos preceitos propostos pela Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS, que dispõe

sobre diretrizes e normas para a regulamentação de pesquisas e testes com seres humanos. Desse modo, a pesquisa buscou assegurar os direitos e deveres relacionados às participantes, à comunidade científica, assim como ao Estado (Brasil, 2012b).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi enviado ao coordenador do Núcleo AVS para serem avaliados seus objetivos e obter anuência para a sua realização. De posse dessa autorização, o projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por meio do sistema *online* da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável nº 2.660.395 e CAAE 88777018.3.0000.5392 (Anexo 1). Em seguida, o projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pérola Byington por meio do parecer nº 2.661.916 e CAAE 88777018.3.3001.0069 (Anexo 2).

Os dados foram coletados mediante autorização formal das entrevistadas por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), impresso em duas vias que, depois de assinadas, foram entregues uma à entrevistada e a outra foi guardada com a pesquisadora.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Entre as dez participantes do estudo, a idade variou entre 20 e 37 anos. Destas, três se encontravam na faixa etária entre 20 e 24 anos, duas tinham entre 25 e 29 anos, três entre 30 e 34 anos e duas declararam ter 37 anos.

Com relação à cor da pele, oito entrevistadas declararam-se brancas, uma negra e uma parda. Quanto ao estado civil, cinco informaram ser solteiras, quatro divorciadas e uma viúva. Os dados relacionados à religião apresentaram-se heterogêneos: três mulheres afirmaram não ter religião definida, mas acreditar em Deus; duas afirmaram ser católicas não praticantes; duas evangélicas, sendo uma praticante e outra não praticante. Outras duas declararam-se ateias e uma agnóstica.

Quanto à escolaridade, cinco pesquisadas afirmaram estar cursando o ensino superior, três declararam já ter concluído a graduação e duas concluíram o ensino médio. No tocante à ocupação, sete entrevistadas revelaram ter alguma atividade laboral remunerada, porém, destas, três não estavam inseridas no mercado formal de trabalho. Duas participantes eram estudantes universitárias e estavam se dedicando exclusivamente aos estudos no momento da entrevista e apenas uma revelou estar desempregada.

Em relação à renda familiar, considerando-se que no ano da coleta de dados o salário mínimo no Brasil era R$ 950,00, cinco mulheres informaram renda entre três e quatro salários mínimos, três afirmaram receber entre um e dois salários mínimos e apenas duas entrevistadas referiram renda familiar superior a cinco salários mínimos.

Sobre os dados obstétricos, cinco participantes estavam vivenciando a sua primeira gravidez, três relataram ter um filho, uma tinha dois e outra três filhos. Apenas uma pesquisada referiu três abortos anteriores, dos quais um foi realizado por se tratar de uma gravidez advinda de estupro.

A solicitação de aborto previsto em lei ocorreu quando a idade gestacional era superior a sete semanas. Oito mulheres estavam no primeiro trimestre da gravidez, dentre as quais cinco estavam com idade gestacional variando entre nove e 13

semanas. Apenas duas entrevistadas estavam no segundo trimestre da gestação, com idade gestacional de 17 e 23 semanas.

Considerando que um dos critérios de inclusão do estudo era de as participantes não residirem no munícipio e Região Metropolitana de São Paulo, destaca-se que seis pesquisadas procediam do interior paulista e quatro de outros estados da região Sudeste do país. Nas histórias, foi possível conhecer as particularidades de cada uma e a influência dos seus contextos sociais no percurso até conseguir efetivar o aborto previsto em lei.

5.2 HISTÓRIAS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Maria Antônia: “Eu quero abortar porque não sei se consigo amar”.

Com semblante envergonhado, Maria Antônia aguardava atendimento, sentada na sala de espera do Núcleo AVS. Aceitou participar da pesquisa após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dizendo ser um tema *“importante para muitas mulheres”*. Com olhar vago e, na maioria das vezes fixo no chão, relatou sua história com voz calma, parecendo escolher as palavras, sempre bem articuladas, revelando apenas o que julgava essencial na sua trajetória.

Maria Antônia tinha 37 anos, era branca, divorciada, católica não praticante, com ensino superior completo e trabalhava como funcionária pública na cidade do Rio de Janeiro, distante 434 km da capital paulista. Morava com sua mãe desde o divórcio e declarou ter renda mensal de, aproximadamente, R$ 6.000,00.

Quanto à violência sexual sofrida contou, resumidamente, que foi insultada, espancada e estuprada pelo ex-namorado após não aceitar reatar a relacionamento. Afirmou ter tomado contraceptivo de emergência no dia seguinte à violência e, por ter feito uso de contraceptivo hormonal durante anos, acreditou que esse fato dificultaria a ocorrência de uma gravidez. Não procurou a Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher ou algum serviço de saúde após a violência, apenas compartilhou com a mãe o ocorrido.

Passadas algumas semanas da violência, começou a sentir os *“seios doendo, dores na lombar e pernas”,* mas por nunca ter estado grávida confundiu tais

sintomas com aqueles que antecedem a menstruação. Após três dias de atraso menstrual, decidiu realizar o teste de gravidez vendido em farmácia e exame de sangue laboratorial, ambos com resultados positivos. Relatou ter ficado *"completamente atordoada",* além de se sentir *"desamparada porque tem vergonha"* do que aconteceu. Considerou a situação como um problema duplo, pois *"é um problema pela violência em si e a gravidez".* Assim, desabafou emocionada: "Não pensei na *possibilidade de ter o filho. Eu sempre pensei buscar o que fazer. Eu quero abortar porque não sei se consigo amar".*

Ao falar da gravidez e do aborto, Maria Antônia sempre diminuía o tom de voz, quase sussurrando, mesmo estando em ambiente reservado. Os momentos em que demonstrava indignação e aumentava o tom de voz, fazendo contato visual, ocorriam quando refletia sobre as dificuldades de acessar informações acerca do aborto em casos de gravidez decorrente de estupro.

Explicou que tinha *"muito vagamente"* informações sobre o assunto, visto que julgava ser necessário *"constituir advogado, entrar na justiça e pedir autorização",* mas, ao tomar conhecimento dos trâmites legais, refletiu que o caminho para realizar aborto legal poderia ser menos doloroso, embora *"o Estado brasileiro tem o caminho e tem a lei, só que daí a implantar de uma maneira fácil é um grande desafio".*

Em suas buscas pela internet encontrou "*por acaso"* uma reportagem sobre o trabalho desenvolvido no Hospital Pérola Byington. Disse ter passado "*um dia inteiro*" lendo sobre o referido hospital e ficou surpresa com a ideia de um *"acesso organizado"* em um serviço público vinculado ao SUS.

Diante desse fato, decidiu buscar o mesmo tipo de assistência no Rio de Janeiro. Contudo, teve dificuldades para identificar qual seria o serviço de referência e criticou o fato de não ter encontrado informações claras, afirmando que *"em tempos em que tudo é online, não ter um site que informa sobre as coisas no seu próprio estado é um absurdo".*

Devido ao insucesso na busca por serviço no Rio de Janeiro, Maria Antônia contatou o Hospital Pérola Byington. Na primeira tentativa, a ligação foi transferida para o IML, onde informaram sobre a necessidade de um BO para acessar o serviço, não sendo informada sobre outra possibilidade de acesso à instituição.

Não satisfeita, telefonou novamente e a ligação foi transferida diretamente para o Núcleo AVS e lá *"explicaram que eu poderia tratar só a parte de saúde. Caso tivesse interesse em dar andamento processual, aí sim, faria um Boletim de*

Ocorrência". Ao relatar essa passagem, demonstrou alívio, pois não queria se *"expor a esse ponto de ir até uma delegacia".*

Reconheceu seu privilégio de ter tido tempo para acessar a internet e pesquisar, bem como possuir recursos financeiros para viajar até a capital paulista de avião. Refletiu, ainda, sobre os entraves que as mulheres de estados mais distantes vivenciam para obter a informação e chegar até o Hospital Pérola Byington: *"Fico imaginando que mulheres do Norte ou Nordeste não vão conseguir chegar até aqui".*

Maria Antônia teve seu aborto aprovado quando estava com idade gestacional de sete semanas. Contudo, mostrou-se frustrada por ter sido informada que precisaria aguardar duas semanas para realizá-lo devido à diminuição do número de médicos que realizavam o procedimento no serviço. Apesar disso, considerou positivo o acolhimento recebido, especialmente porque, sendo de outro estado, seu atendimento foi agendado para o mesmo dia. Ademais, avaliou sentir-se segura por estar em um serviço de referência, não precisando colocar *"a vida em risco".*

Na data estabelecida para internação, Maria Antônia ligou para o Núcleo AVS solicitando remarcar o procedimento, pois estava com dificuldades para ausentar-se do trabalho. Conseguiu remarcar a internação em uma semana, mas não compareceu. Na segunda tentativa de remarcação, conversou por telefone com uma das médicas da equipe informando sobre os dias que poderia viajar até São Paulo para realizar o procedimento, entretanto a médica informou não ser possível devido à elevada demanda de casos. Foi informada sobre nova vaga para internação em duas semanas. Contudo, seu procedimento seria realizado utilizando fármacos, demandando, por isso, maior tempo de internação, pois já estaria com idade gestacional de 13 semanas.

Diante dessa condição, Maria Antônia comprometeu-se a retornar a ligação para reagendar nova data, porém a ligação nunca ocorreu. Passados 15 dias do seu último contato, a psicóloga responsável por seu caso telefonou e foi informada por Maria Antônia que ela tinha decidido levar a gestação a termo. Encerrou a ligação agradecendo o cuidado, reforçando que o serviço ofertado pelo Núcleo AVS era, de fato, *"referência".*

Maria Beatriz: “Não queria que ter a criança fosse uma opção”.

Sentada na sala de espera, após ser atendida pela assistente social, Maria Beatriz tentava controlar o choro. O convite para participar da pesquisa foi aceito de imediato por acreditar que falar sobre o ocorrido poderia ajudar a *“digerir mais rápido”* a situação. Ela havia tomado consciência apenas naquele dia que havia sido vítima de violência sexual. *“Eu achava que estupro era quando alguém agarrava uma mulher na rua”.*

Maria Beatriz tinha 26 anos, era branca, solteira e não trabalhava, pois se dedicava exclusivamente à faculdade de Arquitetura. Residia com os pais na cidade de Taubaté, São Paulo, distante cerca de 130 km da capital paulista, tendo renda familiar, em torno, de R$ 5.000,00. Declarou acreditar em Deus, mas não seguia nenhuma religião, apesar de sua família ser católica praticante.

Com voz calma, porém mexendo constantemente as mãos, contou que a violência ocorreu em uma festa de faculdade, onde consumiu apenas um copo de cerveja. Depois disso, passou a sentir tontura e *“ter uns apagões de memória”*. A única recordação da noite era de estar em um quarto no local da festa e um homem desconhecido tirar sua roupa. Acordou sozinha, despida. Disse não ter pensado em tomar contraceptivo de emergência, pois ficou sem *“reação nenhuma. Não sabia o que fazer”*.

Durante todo o relato, sua fala esteve permeada por sentimento de culpa por ter ido a uma festa realizada por desconhecidos e ter consumido bebida alcoólica. Por esse mesmo motivo, sentiu-se envergonhada e decidiu não compartilhar com ninguém o que ocorreu. Teve receio de ser julgada e culpabilizada de ter facilitado a violência. No entanto, acabou revelando a situação a uma amiga.

A descoberta da gravidez ocorreu logo após constatar atraso menstrual, visto sua menstruação ser regular. Ao realizar teste de gravidez vendido em farmácias e obter resultado positivo, passou *“três dias de cama e dizia que estava doente”* aos pais. Não conseguia pensar no que fazer, mas tinha certeza de que *“não queria que ter a criança fosse uma opção”*.

Decidiu contar para uma prima mais velha e solicitar ajuda: *“Eu liguei para minha prima que tem um amigo médico. Ela entrou em contato com esse amigo que indicou vir para o Hospital Pérola Byington. Ela quem pesquisou tudo primeiro e me passou depois. Eu não estava conseguindo raciocinar”*. Após tomar conhecimento

do referido hospital, relatou ter procurado um serviço que ofertasse realização de aborto previsto em lei na sua cidade. Contudo, constatou existir atendimento apenas para vítimas de violência sexual em até cinco dias após o evento.

Emocionou-se ao falar do apoio recebido pela prima e pelo noivo dela, pois além de terem ajudado a buscar informações sobre o Hospital Pérola Byington, a hospedaram e a levaram ao hospital para marcar o atendimento e realizar a ultrassonografia. *"Vi um outro lado deles, totalmente diferente, depois disso tudo".*

Em muitos momentos de sua fala, Maria Beatriz tentava justificar os motivos que a fizeram optar pelo aborto previsto em lei, afirmando ser uma decisão "*muito difícil, por mais que a pessoa tenha certeza do que quer. É uma vida, mas eu não tenho afeto nenhum".* Declarou estar ainda mais angustiada por estar experimentando todos os sintomas da gravidez, os quais a faziam lembrar constantemente da gestação e da sua escolha por interrompê-la. *"Parece que eu sou ruim".*

O medo de julgamento por parte dos profissionais de saúde a deixou apreensiva e angustiada em relação ao atendimento no Núcleo AVS. Esse sentimento, associado à culpa, exacerbou-se após ter realizado ultrassonografia e escutado os batimentos cardiofetais durante o exame. Chorou ao refletir se foi uma atitude proposital do médico: *"Não sei se foi de propósito. Quando eu percebi que era um coração, eu chorei. Foi bastante difícil. Foi péssimo".*

Apesar desse primeiro contato com o serviço, avaliou positivamente o atendimento dos profissionais, ressaltando a rapidez na marcação dos atendimentos e a acolhida recebida pela assistente social. Revelou nervosismo e medo em relação ao procedimento por não saber como se daria. Tinha medo de ficar acordada e ver o embrião. Além disso, refletia em como essa decisão impactaria a sua vida.

Com idade gestacional de sete semanas, Maria Beatriz teve sua solicitação de aborto previsto em lei aprovada pela equipe multiprofissional do Núcleo AVS – pois seu caso tratava de estupro de vulnerável – sendo agendada a aspiração manual intrauterina em uma semana. Ao receber a notícia, mostrou-se aliviada, pois *estava "apreensiva de não dar certo"* e não saber a quem recorrer ou como lidar com a situação.

No segundo encontro da pesquisadora com Maria Beatriz, após a realização do aborto, ela contou ter passado os últimos dias bastante ocupada com a faculdade, o que considerou positivo, uma vez que a ajudou a não pensar apenas no

procedimento. Disse estar sendo apoiada pela prima que a levou e a buscaria no hospital. Apesar disso, refletiu que *"esse processo é você e você. Por mais que as pessoas apoiem, tenham um ao outro, é só você".*

Teve receio de ser internada em uma enfermaria com mulheres que não "*sabiam do problema"* que vivenciava. Porém, ao encontrar pessoas que já havia conhecido durante o processo de solicitação do aborto, ficou mais tranquila, considerando esse fator um ponto de apoio durante a internação, principalmente para aquelas que vivenciam a situação sozinhas.

Revelou ter experienciado um misto de emoções no dia do internamento, tais como vergonha ao entrar no elevador do hospital e ter a sensação de que todas as pessoas sabiam o motivo de ela estar ali; tristeza, ao chegar no centro cirúrgico para realizar o aborto e concretizá-lo; e medo *"de acontecer uma hemorragia"*.

Apesar da experiência, Maria Beatriz afirmou tentar enxergar a situação como um *"divisor de águas"* na sua vida. Revelou planos de se engajar em um coletivo feminista da faculdade e *"conversar sobre tudo em algum momento",* pois acreditava ser importante, questionando sobre quantas mulheres desconhecem o serviço desenvolvido no Hospital Pérola Byington.

Quanto ao procedimento, afirmou ter sido *"muito tranquilo"* e a assistência recebida *"maravilhosa"*, tecendo elogios a todas as profissionais: *"todo mundo me tratou super bem, com muito amor, carinho e compreensão. Conversaram, explicaram tudo, me deixaram muito calma. Foi maravilhoso".*

Afirmou que, após a experiência vivenciada, ampliou sua visão sobre aborto, tornando-*se "a favor mil vezes mais, em todos os sentidos. Porque cada um sabe sua realidade e as mulheres precisam de mais apoio nesse sentido."* Concluiu a entrevista refletindo sobre a necessidade de fazer terapia para aprender a lidar com *"tantas questões"*, pois ainda se preocupava com o julgamento das pessoas próximas – família e amigos – caso ficassem sabendo do que lhe aconteceu.

Maria Clara: "É difícil decidir. Querendo ou não, é uma coisa que impacta sua vida".

Após o atendimento com a assistente social, Maria Clara aceitou prontamente o convite para participar da pesquisa. Logo que entrou na sala para iniciar a

entrevista, chorou copiosamente. Gesticulando bastante, sua fala demonstrava nervosismo e era sempre interrompida por acessos de choro. Durante toda a narrativa, revelou constantemente sentimentos de culpa, tristeza e medo.

Maria Clara tinha 20 anos, era branca, morava em Uberaba, Minas Gerais, onde cursava a faculdade de Engenharia. Sustentada pelos pais que residiam em outra cidade, informou que a renda da sua família era de, aproximadamente, R$3.000,00. Saída de um namoro abusivo há alguns meses, foi para São Paulo acompanhada por um amigo, ao qual contou sua história e pediu dinheiro emprestado para viajar os 482 km que separam as duas cidades. De família espírita, declarou-se agnóstica, embora mantivesse as crenças religiosas passadas por seus pais.

"Eu me sinto uma inútil porque isso aconteceu três vezes e eu não consegui fazer nada". Com essa frase, dita em forma de desabafo, Maria Clara revelou ter sofrido, anteriormente, dois abusos sexuais. O primeiro, aos 18 anos, ocorreu em um banheiro de uma festa, na qual havia ingerido bebida alcoólica. O segundo, aos 19 anos, estava viajando de ônibus quando um homem esfregou a genitália em seu corpo. Essas situações a fizeram não confiar mais em homens e não desejar mais se relacionar com eles.

A violência sexual recente ocorreu também em uma festa, na qual afirmou ter ficado bêbada, porém não lembra de *"ter bebido tanto".* Recordava-se apenas de *"alguns flashes"* e de acordar *"suja e machucada, no dia seguinte",* sem saber onde estava. Ao longo da fala, expressou culpa por ter consumido álcool, acreditando que, de algum modo, facilitou o estupro. Informou não ter lembrado de fazer uso de contraceptivo de emergência.

Receosa do julgamento por parte da família, contou para a mãe e a irmã sobre o fato, mas omitiu as circunstâncias em que a violência ocorreu. Lamentou não ter recebido o apoio esperado, pois deparou-se com comentários machistas que culpabilizam mulheres vítimas de violência sexual.

Por não lembrar a data da última menstruação, manteve-se, por algumas semanas, *"naquela negação"* das mudanças corporais, pois não se sentia grávida. Contudo, revelou consciência sobre a possibilidade de estar grávida, principalmente quando passou a sentir dores no baixo ventre. Mais uma vez, buscou apoio da irmã revelando o atraso menstrual. Realizou teste de gravidez vendido em farmácia e, diante do resultado positivo, entrou *"em choque",* declarando que a situação a

deixou *“extremamente depressiva, triste, perdida na vida”.* Optou por não revelar à irmã o desejo de interromper a gestação, pois acreditava que ela seria contra.

Apesar de ter pensado imediatamente em abortar, sua fala revelou inúmeras reflexões para, de fato, ocorrer a tomada de decisão: *“É difícil decidir. Querendo ou não, é uma coisa que impacta sua vida”*. Além disso, seus valores religiosos a levavam a vivenciar uma dualidade de emoções, ora compreendendo a gravidez - naquele momento *“um amontoado de células”*- ora considerando haver *“uma energia vital desde o princípio da concepção”*. Apesar disso, ponderou que não poderia levar a gestação a termo, concluindo: *“Eu tive que destruir muita coisa na minha cabeça”*.

A partir de então, pensou *“seriamente no remédio, porque era a única opção”*, iniciando, assim, busca por medicamentos abortivos na internet. Entretanto, não se via realizando um aborto ilegal, visto que tinha medo de ser *“muito impactante”* para seu corpo. Assim, buscou a maternidade-escola vinculada à sua universidade na “*esperança*” de que algo estivesse errado com a gestação e, assim, pudesse abortar de modo seguro.

No serviço, disse ter sido respeitado seu desejo de não ser examinada por um profissional do sexo masculino, fato que chamou a atenção do médico plantonista que a questionou, em particular, se ela teria sofrido violência sexual. Por “*vergonha*”, Maria Clara preferiu não responder.

Diante do seu silêncio, relatou que o profissional deu orientações sobre a possibilidade de realizar aborto legal, porém isso só seria possível no Hospital Pérola Byington, em São Paulo, onde o acesso era *“simples, só chegar e contar o que tinha acontecido”.* O médico disse, ainda, que apesar de ser favorável à realização do aborto, afirmou não *“poder fazer nada a respeito”* em Uberaba, pois *“não era permitido no Brasil”* e apenas em São Paulo ela conseguiria ajuda porque *“era legalizado e ia fazer tudo certinho”.* Além disso, ofereceu assistência médica caso ela realizasse o aborto e a encaminhou para um psiquiatra.

A seguir, Maria Clara passou a fazer pesquisas na internet sobre o hospital. Encontrou entrevistas e relatos abordando o atendimento “*humanizado”* ofertado às mulheres, o que influenciou a sua escolha por buscar atendimento. Relatou ter perdido uma vaga de emprego quando tomou essa decisão, pois o início do trabalho coincidia com a semana da viagem. Apesar disso, não demonstrou arrependimento.

Com idade gestacional de nove semanas, Maria Clara teve a aprovação da equipe do Núcleo AVS para realizar aborto previsto em lei – pois seu caso tratava de

estupro de vulnerável – por aspiração manual intrauterina. Devido à elevada demanda, precisou esperar dez dias para realizar o procedimento, o que não foi considerado por ela um problema.

No segundo encontro com a pesquisadora, após a realização do procedimento, ainda usando as roupas do hospital, Maria Clara contou ter passado os últimos dez dias em São Paulo, hospedada na casa de uma amiga. Confessou ter tido algumas "*crises de choro"* enquanto aguardava o aborto e de ter conversado *"com essa coisinha e pedido desculpas por fazer isso"*. Disse que não tinha conhecimento sobre o procedimento, revelando medo, visto que nunca havia se submetido a uma cirurgia.

Quanto ao aborto, considerou ter acontecido tudo muito rápido: *"de repente, estava olhando pro teto e depois já acordei chorando, agradecendo as médicas".* Bastante emocionada, afirmou várias vezes que *"não esperava esse atendimento",* revelando surpresa pelo fato de as pessoas terem acreditado nela, mesmo sem provas, pois não tinha feito BO por medo de julgamento, e também por não saber quem era o agressor.

Refletiu o quanto era *"preconceituosa"* com relação ao aborto ao reconhecer ser *"uma situação muito pesada de se viver".* Chorou algumas vezes e, entre risos e lágrimas, afirmava ser um choro de alívio e pedia desculpas por esse sentimento. Por fim, manifestou desejo de fazer uma tatuagem simbolizando aquele momento para não esquecer o que vivenciou até conseguir o desfecho que desejava.

Maria Eduarda: "A única coisa que passava na minha cabeça era que eu tinha que ter o poder de escolher se eu queria aquela criança ou não".

Diferente da maioria das mulheres que recorrem ao Hospital Pérola Byington para solicitar aborto previsto em lei, Maria Eduarda estava acompanhada por sua mãe na sala de espera do Núcleo AVS. O convite para participar da pesquisa ocorreu na terceira vez em que buscava o serviço. Sua fala calma e pausada mostrava determinação para conseguir efetivar o aborto, ao mesmo tempo em que revelava incredulidade por estar vivenciando tal situação: *"Eu nunca imaginei que eu ia ter que fazer um aborto na minha vida".*

Maria Eduarda tinha 22 anos, era parda, residia em São José dos Campos, interior paulista, onde dividia um apartamento com uma amiga, contudo, desde a descoberta da gravidez, tinha voltado a morar com a mãe. Com renda familiar em torno de R$ 3.000,00, cursava o segundo ano da faculdade de Pedagogia e estagiava na área. Disse estar sem parceiro há alguns meses, quando saiu de um relacionamento abusivo. Sobre sua religião, declarou frequentar a igreja Evangélica, mas era batizada na Igreja Católica.

Ao relatar a violência sexual, Maria Eduarda foi breve. Contou ter sido violentada após uma festa da faculdade, onde ingeriu bebida alcóolica que, segundo ela, continha alguma droga. Lembrava de alguns *flashes* dentro de um carro, no qual um homem segurava sua cabeça no colo, contudo não possuía outras lembranças do trajeto, apenas recordava-se de acordar sozinha, sem roupas, em um quarto desconhecido. Ao sair desse lugar, seguiu imediatamente para uma farmácia em busca de contraceptivo de emergência, pois *"já sabia que corria risco"*. Decidiu não contar para ninguém o ocorrido.

Quando constatou atraso menstrual, resolveu fazer teste de gravidez vendido em farmácia. *"Eu descobri no banheiro de uma clínica que eu estava grávida. Fiz dois testes de farmácia. Depois fiz exame de sangue e já marquei encaixe para ginecologista à noite. Tudo no mesmo dia"*. E, assim, começou sua rota na busca pela realização do aborto legal, pois afirmou que *"a única coisa que passava na minha cabeça era que eu tinha que ter o poder de escolher se eu queria aquela criança ou não".*

Inicialmente, procurou sua ginecologista em busca de alguma orientação, pois tinha conhecimento da possibilidade legal de interromper uma gravidez decorrente de estupro. No entanto, relatou que a médica a orientou a manter a gestação "*porque era contra esse tipo de procedimento".*

Na busca por informações, procurou um amigo médico que lhe contou sobre o trabalho desenvolvido no Hospital Pérola Byington às vítimas de estupro. No mesmo dia, viajou os 86 km que separam São José dos Campos da capital paulista, sozinha. Contudo, não recebeu atendimento porque era um domingo e o Núcleo AVS não funcionava aos fins de semana.

Imaginando que pudesse encontrar um serviço para aborto legal na sua cidade, buscou um hospital geral. Ao realizar ultrassonografia não foram constatados batimentos cardiofetais, sendo a situação tratada pelos profissionais como uma

gravidez ectópica. Maria Eduarda foi, então, encaminhada para um hospital específico no atendimento a mulheres, fazendo esse percurso entre os dois hospitais rotineiramente: *"Eles pediam um novo exame de sangue, novo ultrassom, passava na psicóloga, passava na ginecologista, sempre a mesma coisa. E, engraçado, eles sempre me mandavam de volta para o outro hospital",* refletiu em um tom irônico.

O fato de ter realizado novo exame de imagem e ter sido constatada a presença de embrião, para ela foi o *"ponto decisivo"* para que os profissionais tomassem uma posição em relação ao seu caso. Passaram a informá-la *"que ia ter que ir para São Paulo, porque os médicos de lá não iam fazer o aborto".* Por não ter recebido informações sobre os trâmites legais para realizar aborto previsto em lei no Hospital Pérola Byington, imaginou que realizaria o procedimento logo que chegasse ao serviço. Desse modo, seu segundo momento nesse hospital deu-se após diversas respostas negativas de outros dois serviços.

Portando uma mala pequena, usando casaco preto e com os cabelos compridos, soltos, jogados na frente do rosto escondendo boa parte dele, por vergonha de ser reconhecida por alguém, Maria Eduarda chorava segurando a mão da mãe. Teve uma crise de ansiedade após ser atendida pelas recepcionistas do Núcleo AVS e ser comunicada que teria seu atendimento marcado para outra data, frustrando, assim, a expectativa de realizar o aborto naquele mesmo dia.

Desesperada, passou a se agredir e a gritar, motivo pelo qual foi avaliada e medicada pelo psiquiatra do serviço. Quando já estava mais calma foi atendida por uma das psicólogas do Núcleo AVS que lhe assegurou que receberia assistência. Ao relatar essa passagem, emocionou-se bastante, afirmando ter sido vítima de preconceito pelas profissionais da recepção que, segundo ela, a *"julgaram pelo olhar".*

Assim, três semanas após ter ido pela primeira vez ao Hospital Pérola Byington, Maria Eduarda, com idade gestacional de nove semanas, foi avaliada pela médica do Núcleo AVS, obtendo parecer favorável da equipe multiprofissional para realizar o aborto previsto em lei, dali a uma semana, utilizando a técnica de aspiração manual intrauterina.

No dia do internamento, em um rápido encontro, aparentava ansiedade ao fazer várias perguntas sobre o procedimento, referindo estar com *"muito medo".* Disse não ter conseguido dormir nos últimos dias, principalmente depois de procurar

informações na internet sobre aborto e ter encontrado *“cenas chocantes”*. Relatou empatia pelas outras mulheres que estavam internadas na mesma condição que ela, reconhecendo ter *“muita sorte”,* pois estava passando pela situação com apoio da família.

Após o procedimento, com semblante tranquilo e emocionada, Maria Eduarda revelou ter conversado com o feto durante a noite e ter pedido perdão, questionando: *“é muito louco isso?”*. Revelou que antes do aborto *“estava sentindo uma coisa pesada, cheia de ódio”* e, por isso, não se arrependia da decisão. Concluiu, por fim, ter sido a gravidez mais traumatizante para ela do que a própria violência.

Quanto ao atendimento recebido no Hospital Pérola Byington, considerou que, apesar do desentendimento com as recepcionistas do Núcleo AVS, as profissionais que a atenderam foram *“compreensivas, conscientes e muito humanas”.* Finalizou a entrevista dizendo ter mudado sua visão sobre o aborto, principalmente em situações de violência sexual, pois *“você sente tudo: a ânsia, os enjoos... É muito difícil. E o desespero quando você rejeita uma gravidez é muito grande, porque seu corpo já está dizendo sim, mas a mente não consegue”.*

Maria Fernanda*: “Entre jogar no orfanato e abortar, o aborto é melhor.”*

Quando recebeu o convite para participar da pesquisa, Maria Fernanda aceitou prontamente. Mostrando-se serena, apesar do rosto visivelmente abatido e da fala revelar ansiedade ao contar sua história, relatou constantemente sentimento de culpa pelo que havia ocorrido.

Aos 34 anos, branca, divorciada, Maria Fernanda contou ter saído da casa dos pais aos 19 anos e, apesar de ser muito jovem na época, declarou ser essa a primeira vez na sua vida que se sentia *“indefesa”*. Mãe de um adolescente de 17 anos que residia com o ex-companheiro por desejo dele, morava sozinha na cidade de Praia Grande, São Paulo, distante 86 km da capital paulista. Com ensino superior completo, trabalhava em um laboratório de análises clínicas, tendo renda de, aproximadamente, R$ 3.000,00. Afirmou não seguir nenhuma religião, mas acreditar em Deus.

Maria Fernanda contou ter sofrido violência sexual por dois desconhecidos quando retornava da sua festa de aniversário e teve um dos pneus do carro furado. Mesmo sem solicitar auxílio, os homens pararam e a ajudaram, porém, ao final, solicitaram pagamento sexual pelo favor ofertado. Diante da sua negativa, eles a seguraram no banco de trás do carro e a violentaram; por fim, a ameaçaram de morte, caso fizesse denúncia à polícia.

Sentiu-se culpada por ter usado, naquela noite, um vestido que, embora não considerasse curto, entendia que isso teria facilitado a violência sexual. Passou três dias *"trancada, sem sair de casa para nada"* e pediu dispensa do trabalho por uma semana. Optou não relatar para ninguém a violência por vergonha e medo de julgamento, pois acreditava que *"hoje em dia o povo culpa as mulheres"* quando são vítimas de estupro. Disse não ter lembrado de usar contraceptivo de emergência após a agressão.

Por ter menstruação irregular, inicialmente, não desconfiou de possível gravidez no primeiro mês de atraso menstrual, porém, no segundo mês, passou a *"sentir muita dor no seio"* e considerou essa possibilidade. Realizou no próprio trabalho o exame laboratorial, confirmando, assim, a gestação. Passou duas semanas chorando e refletindo sobre o que fazer. Não se alimentava e ficava acordada a noite inteira fumando. Pensou em realizar aborto clandestino por receio de compartilhar sua história, mas disse *"não ter coragem".*

A busca pelo Hospital Pérola Byington se deu após recordar que, há alguns anos, uma amiga recorreu a esse hospital para abortar e *"conseguiu tudo, fez tudo certinho".* Por desconhecer serviço semelhante na sua cidade e região, decidiu ir diretamente para São Paulo. Contudo, avaliou que, caso houvesse um serviço similar na sua região, *"teria sido mais fácil",* uma vez que não precisaria se afastar do trabalho.

Devido à elevada demanda no período em que buscou o Hospital Pérola Byington teve seus atendimentos com a equipe multiprofissional agendados em dias diferentes. Esse fato a preocupava visto não saber como justificaria ausências ao trabalho para viajar, porém, sentia-se aliviada, ponderando ter "*condições de pagar a passagem pra sair da cidade, mas quem não tem?".*

Na sua fala, enfatizou ser *"completamente contra o aborto"*, pois entendia que *"quando uma mulher tem um filho ela é abençoada por Deus"*. Entretanto, ponderou que, em caso de violência, a escolha pelo aborto era justificável *"não só pelo que a*

mãe está passando, mas pela criança. Que futuro vai ter essa criança?". Por diversos momentos, avaliou que doar a futura criança para um processo de adoção legal não era adequado, visto que além de ser *"uma burocracia grande"*, preocupava-se em *"ser mais uma criança para ficar jogada nesses orfanatos que ninguém adota e quando faz 18 anos é jogado na rua e acaba virando um marginal".*

Maria Fernanda teve sua solicitação de aborto previsto em lei aprovada uma semana após ter procurado o Núcleo AVS pessoalmente, quando estava com idade gestacional de 16 semanas. Após dez dias, retornou ao serviço, sozinha, para realizar o aborto medicamentoso. Por medo de alguma intercorrência, disse ter contado à sua irmã sobre a violência sexual e a gravidez.

Durante os três dias em que esteve internada, manteve um livro espírita na cabeceira da cama e um terço. Nesse período, vivenciou sentimentos como preocupação, insegurança e medo, sobretudo por desconhecer como se daria, de fato, o aborto e o tempo despendido para a expulsão do feto. Esteve, também, angustiada pela abstinência ao cigarro, revelando, ainda, preocupação porque o filho não sabia onde ela estava. Ainda, temia perder o emprego devido ao tempo de internação e, principalmente, receava não conseguir efetivar o aborto e *"ter o neném e nascer todo defeituoso por causa da medicação".*

No segundo dia de internação, em vários momentos, chorou desesperada, culpabilizando-se pelo que estava vivenciando, pois acreditava que *"se não tivesse saído naquele dia, nada disso teria acontecido".* Angustiada, revelou apertar a barriga quando sentia contrações, pois acreditava que poderia *"aumentar o efeito"* e acelerar o tempo para a expulsão fetal. Diversas vezes foi ofertada assistência da equipe de psicologia, porém ela recusou em todas as ocasiões. Recusou também remédios para dor, por acreditar que eles poderiam diminuir as contrações e aumentar o tempo de estadia no hospital.

No terceiro dia de internação, Maria Fernanda teve o aborto efetivado, revelando, com isso, sentimentos de liberdade, alívio e tristeza. Analisou que sua angústia nos dias anteriores tinha relação com o fato de continuar grávida, pois *"estava se sentindo suja, contaminada, com uma coisa dentro de mim que não era o que queria".* Apesar da tristeza verbalizada por ter realizado o aborto, analisou ser essa a melhor decisão, uma vez que *"não ia conseguir criar"* a futura criança. Quanto ao atendimento ofertado pelo Hospital Pérola Byington, avaliou

positivamente, considerando que *“o pessoal é superbonzinho. A enfermeira vem aqui toda hora ver se está tudo bem”*.

Após essa experiência, Maria Fernanda disse permanecer contra o aborto, exceto em caso de estupro, mas, ainda nessa situação, referiu *“dó, porque o feto é uma criança, uma vida”.* Apesar disso, considerou que o Brasil era “*um pouco rígido em relação a isso, porque nenhuma mulher deve ter um filho, assim, por questão de violência”*. Disse, ainda, ser contra doar a criança para adoção legal, pois *“entre jogar no orfanato e abortar, o aborto é melhor”.* Finalizou a entrevista agradecendo por ter participado da pesquisa, entendendo ter sido uma fonte de apoio durante os dias de internamento.

Maria Helena: *“Fiquei em choque porque não queria levar isso até os nove meses. Não queria ficar lembrando. Eu não queria nada disso”.*

Com roupas largas de cor preta, Maria Helena tinha olheiras abaixo dos olhos, revelando ter dormido pouco durante a noite anterior. Roía as unhas com resíduos de esmalte escuro, denotando ansiedade. Quando convidada para participar da pesquisa, solicitou apenas não ser questionada sobre detalhes da violência sexual sofrida. Com olhos sempre marejados e olhar vago, revelou angústia e medo intenso, sentimentos que tentava camuflar com palavras positivas, como se tentasse convencer a si mesma de que sua história teria outro desfecho.

Maria Helena tinha 21 anos, era branca, solteira, com ensino médio completo e estava desempregada. Morava com os pais na cidade de Itu, interior paulista, distante 100 km de São Paulo. Com renda familiar de, aproximadamente, R$ 2.500,00, disse ser filha única de pais evangélicos e, apesar de não seguir a religião, acredita em Deus.

A rota percorrida por Maria Helena na busca pela efetivação do aborto legal começou tardiamente, visto ter descoberto a gravidez quando estava com a idade gestacional de 22 semanas. Após ter sido violentada na rua por um homem desconhecido, armado com uma faca, decidiu não contar a ninguém o que lhe havia acontecido por medo de duvidarem da sua história, especialmente na delegacia, única instância que cogitou procurar após o evento. Referiu pavor de se submeter a exame de corpo de delito, além de ansiedade caso *“encontrassem o cara e*

precisasse reconhecer". Todos esses medos associados à educação rígida recebida dos pais a fizeram se calar diante do ocorrido até suspeitar da gravidez.

Devido à menstruação ser irregular não creditou o atraso menstrual a uma possível gravidez, uma vez que *"não tinha sintomas de nada".* Com o passar das semanas, percebeu corrimento vaginal e o associou ao atraso menstrual, descartando, mais uma vez, a possibilidade de gestação.

No entanto, diante do prolongado atraso menstrual, Maria Helena contou a uma amiga a violência sexual e o atraso menstrual. A descoberta da gravidez foi impulsionada pela amiga, que comprou três testes de gravidez vendidos em farmácias. Todos deram resultado positivo. *"Eu entrei em desespero. Comecei a chorar. Comecei a gritar e minha amiga me acalmou"*. Ainda descrente do resultado, solicitou que a amiga fosse com ela realizar exame laboratorial para *"ter certeza".* Diante do resultado positivo, disse ter tido uma crise de choro.

No dia seguinte, contou aos pais, pois "*estava tão desesperada porque já tinha certeza da gravidez e não tinha mais como guardar aquilo".* Na ocasião, ficou surpresa com a reação da mãe que duvidou da violência, assim como com a atitude do pai que a apoiou e tentou buscar soluções.

Embora tivesse algum conhecimento quanto à legislação sobre aborto, acreditava ser necessário *"fazer BO e exame de corpo de delito".* Buscou aconselhamento com uma médica da sua confiança sobre como proceder para solicitar aborto legal. A médica solicitou ultrassonografia e a encaminhou ao Ministério Público para fazer o pedido judicialmente, pois "*não poderia informar muita coisa porque estaria sendo leviana, mas disse que o procedimento era pedir autorização para abortar".*

Acompanhada pelos pais, seguiu no mesmo dia para o Ministério Público, onde julgou ter sido *"superbem tratada"* pelo Promotor que a atendeu, alertando-a que *"estava no limite do tempo de gestação, que já tinha passado um pouco, mas que estava no limite, ainda, para abortar"*. Sentiu alívio quando o Promotor a encaminhou para o Hospital Pérola Byington, pois recebeu a garantia de que naquele serviço poderia "*resolver a situação".*

Como de praxe, ao chegar no Núcleo AVS no Hospital Pérola Byington, acompanhada dos pais, realizou ultrassonografia e foi prontamente atendida pela médica do setor. A idade gestacional era de 23 semanas e, por essa razão, não poderia realizar abortamento previsto em lei. *"Eu entrei em desespero. Fiquei em*

choque porque não queria levar isso até os nove meses. Não queria ficar lembrando. Eu não queria nada disso".

Relatou ter se acalmado após conversar longamente com a psicóloga, na companhia dos pais. Nesse diálogo, entendeu que poderia entregar a futura criança para o processo de adoção legal, no entanto revelou sentir-se *"um monstro*" por tomar essa decisão. Apesar da rejeição à gravidez, demonstrava preocupação com a possibilidade de a futura criança morar em abrigos, porém afirmou que a psicóloga explicou sobre processo de adoção legal: *"Ela falou que a criança vai para uma família que vai cuidar, que não teve como ter filho. Pensar assim é um alívio para mim".*

Embora tenha compreendido a situação e ter feito essa escolha, Maria Helena, chorando, repetiu algumas vezes que essa era a melhor opção, pensando, inclusive, na futura criança. *"A criança não tem culpa de nada. Eu não queria ter que doar, eu não queria nada disso. Mas, eu não vou poder cuidar da forma como ela merece. Porque eu vou olhar, vou lembrar e eu não quero isso para ela e nem para mim".*

Sobre o acesso aos serviços na sua trajetória, considerou dificultoso ir até São Paulo para buscar por um serviço que realizasse aborto legal, todavia reconheceu que *"não tinha alternativa, já que não tinha esse serviço em Itu".* Quanto à visão sobre o aborto, declarou sempre ter tido uma posição favorável, mesmo antes dessa experiência: *"Eu sempre achei que a mulher tem o direito de escolher, em caso de estupro ou não. Porque tem casos que a mulher se previne, faz de tudo para não engravidar e acaba engravidando".*

Finalizou a entrevista considerando ter sido bem atendida pelos profissionais do Núcleo AVS, declarando desejo de mudar de casa com a mãe para impedir questionamentos sobre a gravidez por parte dos vizinhos e para evitar olhares penosos. Além disso, Maria Helena solicitou falar com a assistente social para ser incluído na sua devolutiva ao Ministério Público que ela não desejava ter contato com a criança após o parto, pois entendia que seria *"mais doloroso".* Deixou a sala da entrevista agradecendo a assistência recebida e seguiu pelo corredor abraçada por seus pais.

Maria Júlia: *"Eu sei que a criança não tem culpa, mas pra mim é muito difícil aceitar isso tudo".*

Sentada em uma cadeira, abraçando uma pequena mala, Maria Júlia tinha o olhar fixo no chão. Era a primeira vez que estava em São Paulo e estava visivelmente cansada após uma viagem que durou toda a madrugada. Aceitou participar da pesquisa, pois acreditava que seu relato poderia ajudar outras mulheres a chegar até o Hospital Pérola Byington. Embora sua fala estivesse calma, sua expressão corporal revelava ansiedade.

Maria Júlia tinha 31 anos, era parda, católica não praticante, possuía ensino superior em Enfermagem, mas não exercia a profissão. Trabalhava como assessora de seguros, com renda familiar em torno de R$ 3.000,00. Estava divorciada há cerca de um ano e residia com dois filhos menores de cinco anos na cidade de Piumhi, Minas Gerais, distante 487 km de São Paulo.

Com relação à violência sexual sofrida, contou ter aceitado convite de uma amiga para ir a uma festa em um rancho na sua cidade. Consumiu um pouco de bebida alcoólica com um grupo que conheceu no local, mas não o suficiente para embriagar-se, pois informou estar acostumada a ingerir bebida alcoólica. No entanto, disse, angustiada, não ter nenhuma lembrança daquela noite, apenas de ter acordado na manhã seguinte em um quarto no local do evento, despida e com *"as partes íntimas ardendo"*. Por essa razão, suspeitou que havia sido estuprada, tendo saído rapidamente do local, sem ver ninguém, seguindo imediatamente para uma farmácia para comprar contraceptivo de emergência. Optou não contar a ninguém o ocorrido, por vergonha.

No mês seguinte, diante do atraso menstrual, desconfiou que poderia estar grávida. Disse ter realizado teste de gravidez de farmácia, com resultado positivo. Descrente, realizou exame laboratorial, também com resultado positivo. Chorando, disse ter entrado em *"choque porque não esperava".*

Após ter descoberto a gravidez, Maria Júlia a rejeitou: *"Eu sei que a criança não tem culpa, mas pra mim é muito difícil aceitar isso tudo".* Além disso, revelou vergonha e medo de contar para a família, sobretudo para os pais, e ser julgada, quando soubessem como tinha engravidado. *"Não dá. Não consigo".*

Buscando na internet formas para interromper ilegalmente a gravidez, descobriu o Hospital Pérola Byington e tomou conhecimento da possibilidade de, em

algumas circunstâncias, realizar o aborto legal. Revelou não ter procurado serviços de saúde na sua cidade por *"vergonha"*, pois afirmou morar em *"uma cidade pequena e todo mundo conhece todo mundo".*

Por telefone, entrou em contato com o Núcleo AVS, no Hospital Pérola Byington, e agendou atendimento com toda a equipe multiprofissional para um único dia por residir fora da cidade de São Paulo. Entretanto, relatou frustração porque *"não disseram que o procedimento não era feito no mesmo dia"* e ela só poderia ficar fora da sua cidade, no máximo, por dois dias.

Por ter deixado os filhos sob responsabilidade de uma vizinha, estava aflita, sobretudo, porque sua viagem causou conflito com o pai de seus filhos: *"Ele já falou um monte. Imagina se eu tiver que voltar outro dia?"*, indagou preocupada. Salienta-se que, durante a entrevista, o ex-companheiro telefonou duas vezes para Maria Júlia, questionando quando ela retornaria para casa.

Mesmo após ter sido aprovada sua solicitação de aborto previsto em lei, Maria Júlia mostrava-se preocupada, pois para realizá-lo precisaria retornar à capital paulista em dez dias e não sabia se isso seria possível. Além disso, sua idade gestacional já estaria um pouco mais avançada, sendo necessários mais dias de internamento, pois teria que se submeter a um aborto medicamentoso. Essa possibilidade gerou medo, sobretudo, de complicações: *"Eu tenho muito medo de complicação. De dar algum problema e deixar meus filhos sozinhos no mundo".*

Considerando sua situação, a psicóloga responsável pelo caso procurou a médica para questionar a possibilidade de encaixar o procedimento de Maria Júlia para aquele mesmo dia. Após consultar disponibilidade de vaga no centro cirúrgico e de leito na enfermaria, a médica consentiu em realizar o aborto por meio de aspiração manual intrauterina naquela tarde. Maria Júlia, então com 11 semanas de gestação, emocionou-se bastante, agradecendo a todas as profissionais e relembrando, aliviada, que não tinha tido tempo de se alimentar naquela manhã e, por isso, estava em jejum para realizar o procedimento.

Após o procedimento, já de alta para casa, Maria Júlia sorria enquanto falava ao telefone com os filhos. A todo momento, emocionava-se, grata por ter conseguido realizar o aborto no mesmo dia, visto que já tinha pensado em desistir e recorrer ao aborto clandestino. Assim, relatou estar *"muito aliviada e tranquila"*, atribuindo esse sentimento ao fato de retornar para perto dos filhos a fim de evitar problemas com o ex-companheiro.

No que se refere ao atendimento recebido pelas profissionais que a atenderam, informou ter sido *“muito excelente! Excelente! Todo mundo muito atencioso”,* principalmente por *“ninguém julgar”*. Por fim, afirmou que sua experiência no Hospital Pérola Byington foi *“ótima”,* reforçando ser um serviço de *“referência”*. Despediu-se sorrindo e agradecendo pela escuta.

Maria Luiza: *“As leis no Brasil, para as mulheres, é só no papel”.*

Visivelmente nervosa e cansada, com as unhas roídas, pintadas de esmalte vermelho, balançando constantemente as pernas, Maria Luiza tinha o olhar vago, fixo na parede. Em alguns momentos, aumentava o tom de voz para demonstrar indignação por vivenciar, pela segunda vez, gravidez decorrente de estupro. Em outros, falava quase murmurando enquanto secava lágrimas com a manga da camisa. Sua fala esteve constantemente marcada por sentimentos de revolta, culpa e tristeza.

Maria Luiza tinha 33 anos, era viúva, branca e, apesar de ser paulistana, em 2013, mudou-se para a cidade de Guarapari, Espírito Santo, distante 906 km da capital paulista, onde residia até então. Com ensino médio completo, trabalhava como operadora de caixa em um supermercado, recebendo um salário mínimo por mês. Por receber pensão deixada pelo marido, sua renda familiar era de, aproximadamente, R$ 3.000,00. Disse ser mãe de um adolescente e já ter experienciado quatro abortos na vida, dos quais três atribuiu às agressões sofridas de seu falecido marido. Um havia sido realizado no Hospital Pérola Byington, em 2013, por se tratar de uma gravidez decorrente de estupro. Relatou não acreditar mais em Deus após várias dificuldades na vida, contudo, em diversos momentos da narrativa, clama pela divindade.

Objetivamente, revelou ter sofrido diversos tipos de violência ao longo da vida, inclusive na infância. “Parece um ciclo. Aos 11 anos, eu fui abusada pelo meu pai. Depois eu casei com um homem agressivo. Eu acordava com ele transando comigo e eu não sabia que aquilo era abuso. Depois, eu fui abusada na rua”. Relatou que o marido era extremamente agressivo e a espancava constantemente, mas nunca conseguiu denunciá-lo por ele ser policial, além do medo de represálias. Na única vez em que pediu socorro, os policiais o reconheceram e a desencorajaram a

prestar queixa, considerando, a partir de então, que *“as leis no Brasil, para as mulheres, é só no papel”.*

Quanto à violência sexual sofrida em 2013, disse ter sido estuprada por um desconhecido na rua, tendo, na época, feito BO e sido encaminhada ao Hospital Pérola Byington para realizar exame de corpo de delito no IML e receber os cuidados profiláticos para IST e gravidez. Após três semanas, descobriu a primeira gravidez decorrente de estupro, a qual foi interrompida legalmente no Hospital Pérola Byington. Depois desse episódio, quando já estava viúva, mudou-se para Guarapari, acreditando na possibilidade de sentir-se mais segura em uma cidade menor.

Afirmou ter tido, desde então, dificuldades para se relacionar sexualmente, mas quando conheceu o ex-namorado decidiu tentar por estar apaixonada. No entanto, em alguns meses de relacionamento, constatou que não conseguiria continuar a relação, pois percebeu que “*ele não tinha muita paciência pela dificuldade para fazer sexo”.* Por não aceitar o término do relacionamento, o ex-parceiro tentou reatar o namoro diversas vezes. Diante das negativas de Maria Luiza, ele a espancou e estuprou, após invadir a sua casa, para ela *“não esquecer dele como não esqueceu dos outros”* agressores.

No dia seguinte, tomou contraceptivo de emergência. Por essa razão, imaginou que estaria protegida de uma gravidez indesejada. No entanto, passadas algumas semanas, notou mudanças corporais e, por já ter estado grávida, imaginou tratar-se de uma gestação. Realizou teste de gravidez, obtendo resultado positivo, e, para atestar esse resultado, submeteu-se a um exame laboratorial, confirmando, assim, a gravidez.

Chorando e com voz aflita, declarou ter pensado em levar a gestação a termo devido à história que teve com o agressor, mas ponderou as circunstâncias que culminaram a gravidez e se considerou sem “*condições psicológicas para criar uma criança desse jeito”,* uma vez que lembraria diariamente da violência. Ainda assim, disse que se sentia *“culpada pelo que aconteceu, de não ter escolhido um homem decente, de não ter percebido que era um monstro, de ter que fazer o aborto”.*

Ao tomar a decisão de abortar, Maria Luiza, ainda com machucados da violência aparentes, procurou informações na UBS do seu bairro sobre o atendimento às vítimas de estupro, imaginando que informariam ser necessário ir até Vitória, capital capixaba.

Ao contatar a assistente social, a profissional desconhecia os serviços de assistência às mulheres em situação de violência, passando a questionar o ato violento e o agressor. Quando soube tratar-se de ex-namorado, fez comentários julgadores, alegando a violência ter sido uma briga de casal e a gravidez *"foi da vontade de Deus".* Indignada com a postura da profissional, Maria Luiza disse acreditar que *"quem trabalha na área da saúde não pode pensar assim e, se pensar, não pode falar".*

Por desconhecer os trâmites para realização de aborto legal, a assistente social recorreu a alguns colegas de trabalho para obter informações. Essa atitude fez Maria Luiza ter a sensação da sua vida estar sendo exposta para todos os profissionais, o que a deixou constrangida. *"Uma coisa que é para ser tratada com sigilo, já vi que cinco ou seis funcionários ficaram reunidos conversando sobre minha situação. Quando saí para fumar um cigarro, ouvi o murmurinho e não voltei mais".*

Por já ter sido assistida pela equipe do Hospital Pérola Byington, preferiu viajar até São Paulo para receber a assistência, pois acreditava que seria bem atendida e não precisaria *"passar mais humilhação".* Pediu dinheiro emprestado e viajou 16 horas até chegar à capital paulista. Disse ter sido "*doloroso, porque, nessas 16 horas, você pensa se vai dar tudo certo, se vai conseguir, se, Deus me livre e guarde, der alguma intercorrência e morrer. É muito complicado".*

Como não realizou contato prévio com o Núcleo AVS, teve seus atendimentos agendados para dias diferentes, precisando, assim, ficar em São Paulo por um período maior do que havia programado. Essa situação a fez comparar o atendimento recebido com a assistência ofertada anteriormente, visto que na outra ocasião, considerou ter sido *"mais rápido"* e ter tido *"mais amparo".*

Após ter sido atendida pela equipe multiprofissional do Núcleo AVS, Maria Luiza teve o procedimento aprovado quando estava com idade gestacional de 13 semanas. Deveria ser submetida a aborto medicamentoso em dez dias. Por já estar há mais de uma semana longe de casa, precisou desmarcar o procedimento, pois não tinha mais dinheiro para se manter em São Paulo. Por telefone, marcou nova data para a internação, contudo não compareceu novamente, afirmando, em contato telefônico, estar sem dinheiro para viajar. Assim, foi acordado para que ligasse quando pudesse estar em São Paulo, sempre atentando para a idade gestacional.

Com 18 semanas de gestação, Maria Luiza internou-se no Hospital Pérola Byington, sem acompanhante, para realizar abortamento medicamentoso.

Mostrando-se insegura, disse não dormir há dias de tanta ansiedade, pois não sabia se conseguiria dinheiro para viajar e realizar o aborto. Refletiu sobre a dificuldade de ter que se deslocar de sua cidade para conseguir assistência segura: *"Se tivesse um hospital na minha cidade, se tivesse um amparo lá, eu não precisava ter vindo pra cá, gastar um dinheiro que eu não tinha. É horrível. Não tinha que ser assim".*

Devido à idade gestacional avançada, questionou aflita sobre a possibilidade de o feto ser expulso ainda vivo, pois tinha receios de visualizar e ter a sensação de estar *"matando alguém".* Durante os três dias de internação até que o abortamento fosse efetivado, Maria Luiza disse ter sentido fortes dores, mas que aliviavam com os medicamentos. Solicitou assistência psicológica, pois relatava intenso sentimento de angústia, além de desejo de fumar.

Após expulsão do feto, disse não estar aliviada, pois *"se sentia culpada"* por ter feito o aborto. Apesar disso, reconheceu que em uma situação de estupro, a mulher *"não tem escolha"* e precisa de *"coragem"* para abortar, visto que entende ser a única opção possível nesses casos.

Finalizou a entrevista afirmando sempre ter sido "*a favor do aborto e da mulher ter escolha".* E, embora tenha referido conhecimento sobre legislação e aborto, sabia das dificuldades da implementação das leis no Brasil, pois entendia ser *"um país dominado pela religião. Então, os próprios médicos que deveriam fazer, eles se recusam. Eles podem alegar que não querem fazer e, em cidade pequena, isso fica bem mais difícil".*

Maria Rita: *"Eu não pensei duas vezes e olha que sou mãe de três filhos! Mas é uma situação muito diferente".*

Com olhar preocupado e atento, Maria Rita aguardava na sala de espera. A vergonha de estar naquele lugar era visível, o que confessou estar relacionado à sensação de parecer que todas as pessoas sabiam o motivo pelo qual estava ali. Revelou ter ficado longo período aguardando até que uma profissional percebesse sua presença perguntando se desejava atendimento. Quando convidada para participar da pesquisa, disse ter ficado agradecida e aliviada por sair daquele espaço por um tempo. Angustiada e chorosa, balançando constantemente as pernas,

relatou sua história sempre olhando nos olhos da pesquisadora, buscando, talvez, compreensão e apoio

Maria Rita tinha 37 anos, era negra, evangélica, divorciada e mãe de três filhos, declarando um deles como *"especial"* por ter Síndrome de Down. Residia em Sorocaba, São Paulo, distante 97 km da capital paulista, onde trabalhava como auxiliar de limpeza em uma faculdade privada, com renda mensal de, aproximadamente, R$ 2.000,00. À noite, cursava o segundo ano da faculdade de Engenharia, grande sonho da sua vida.

Durante a entrevista, rememorou a data da violência sofrida, comemorando, pois havia sido questionada pelas recepcionistas do Núcleo AVS sobre isso e não tinha conseguido recordar. Relatou ter sido em um dia de prova final da faculdade, quando saía da sua jornada dupla de trabalhadora e estudante, que um homem desconhecido a abordou, ameaçando-a com uma faca, e a violentou no ponto de ônibus.

Ao chegar em casa, disse ter passado horas tomando banho por estar se sentindo suja e, por sorte, nenhum dos filhos acordou. Lembrou apenas na noite do dia seguinte que deveria tomar contraceptivo de emergência para evitar gravidez indesejada, porém esperou amanhecer para ir até a farmácia comprá-lo por medo de sair sozinha. Após sofrer violência sexual, passou a não sair de casa, principalmente à noite e tentou, inclusive, trocar o turno do trabalho. Relatou ter se isolado de familiares e amigos por estar se sentindo deprimida e chorando bastante.

Por ter ciclo menstrual regular, o atraso de cinco dias da menstruação já indicava para Maria Rita que uma possível gravidez poderia estar em curso, fato que contribuiu, ainda mais, para seu isolamento social. Realizou teste de gravidez vendido em farmácia e diante do resultado positivo, sentiu-se *"com um grande sentimento de culpa"*. Afirmou ter decidido pelo aborto imediatamente: *"Eu não pensei duas vezes e olha que sou mãe de três filhos! Mas é uma situação muito diferente".* Por vergonha, optou por não contar a ninguém o que estava vivenciando.

Decidiu buscar a UBS do seu bairro para solicitar exame laboratorial, contudo não conseguiu vaga para o médico no mesmo dia. Assim, buscou a ginecologista que já a acompanhava devido a problema de miomas, pensando que ela poderia orientá-la de algum modo. Ao relatar a violência sofrida e o desejo de não levar a gravidez adiante, percebeu olhar julgador por parte da médica que desacreditou da

sua história, desencorajando-a de realizar o aborto. *“Ela não me disse que, na minha situação, eu podia abortar”.*

Além disso, contou ter se sentido constrangida pelo fato de a profissional ter questionado diversas vezes, em tom julgador, se era mesmo seu desejo interromper a gestação. Diante das suas respostas afirmativas, a profissional deu-lhe a opção de *“continuar a gravidez e depois doar a criança para adoção”,* porém recusou. Assim, a consulta finalizou com a entrega de uma série de exames para iniciar o pré-natal e um encaminhamento para setor de psicologia.

Ao procurar o serviço de psicologia indicado pela médica, Maria Rita buscava apoio e informações sobre interrupção da gravidez. Lá, foi orientada sobre a possibilidade de realizar aborto legal no Hospital Pérola Byington, em São Paulo. Ao entrar em contato com o Núcleo AVS para obter informações, contou que a profissional explicou que precisaria ir até aquele serviço para marcar atendimento com todos os profissionais.

Dois dias depois, buscou o Hospital Pérola Byington para marcar os atendimentos necessários e solicitar aborto previsto em lei, conforme lhe fora explicado, mas soube que poderia ter feito essa marcação por telefone. Em razão do não comparecimento de algumas mulheres para os atendimentos agendados naquele dia, conseguiu ser atendida por todos os profissionais, graças ao apoio da assistente social. *“Isso de conseguir atendimento no mesmo dia, eu amei”.*

Com idade gestacional de onze semanas, Maria Rita teve a aprovação da equipe multiprofissional do Núcleo AVS para realizar aborto previsto em lei em quinze dias. Devido aos miomas, a médica explicou que seria submetida a aborto medicamentoso, o que a deixou preocupada de não conseguir efetivar o aborto ou de ter algum problema de saúde.

Duas semanas depois, no segundo encontro com Maria Rita, após o aborto, apesar de desacompanhada, ela estava com o semblante menos angustiado. Relatou ter sentido fortes dores, sendo medicada e apoiada pela enfermeira do setor que a auxiliou na hora da saída do feto: *“ela falou que era para fazer um pouco de força e saiu tudo”.* Disse que a enfermeira foi cuidadosa em não deixá-la ver nada e declarou estar *“aliviada”*.

Com relação ao atendimento no Hospital Pérola Byington, considerou que todas as profissionais *“foram muito atenciosas”* e a atenderam bem, principalmente por terem agilizado seu atendimento. Durante a internação, enfatizou o cuidado da

equipe de enfermagem, preocupando-se sempre com seu bem-estar, seja perguntando como se sentia ou oferecendo medicamentos para dor.

Quanto à sua visão sobre aborto, Maria Rita disse que tinha um pensamento muito preconceituoso, pois acreditava que mesmo em situação de estupro a mulher tinha que *"assumir o filho e cuidar dele".* Mas, após sua experiência, a forma de pensar mudou completamente, uma vez que *"ninguém merece passar por isso".* Afirmou que passou a acreditar que cabe à mulher fazer a escolha, pois, segundo ela, *"só se sabe quando passa".*

Maria Tereza: *"Foi um sentimento de desespero, de repulsa mesmo e a certeza de que eu não queria, nem que fosse buscar métodos ilegais".*

Vestindo roupas largas, Maria Tereza mostrava-se visivelmente ansiosa. Chegou ao Núcleo AVS sozinha, encaminhada por um hospital localizado na cidade de São José dos Campos, interior paulista, distante 86 km da capital paulistana. Durante sua fala, contou sua história brevemente, demonstrando repulsa pela gravidez e medo de não conseguir efetivar o aborto. Em alguns momentos, chorou preocupada com o desfecho, visto já ter buscado outros dois serviços de saúde em sua cidade.

Maria Tereza tinha 29 anos, era branca, divorciada, cursava o segundo ano da faculdade de Pedagogia e já estagiava na área. Com renda familiar de, aproximadamente, R$1.000,00, recebia ajuda financeira do ex-companheiro para custear as despesas do filho de cinco anos do qual tinha a guarda. Disse acreditar em Deus, mas não seguia religião específica, apesar de ter sido batizada na Igreja Católica.

Quanto à violência sofrida, ateve-se a contar que um homem desconhecido a forçou a ter relações sexuais em uma festa. Fez questão de declarar que não tinha ingerido bebida alcoólica. Afirmou ter feito uso de contraceptivo de emergência no dia seguinte e ter menstruado dias depois, acreditando, por isso, estar protegida de uma eventual gestação indesejada. No entanto, no mês consecutivo, diante de atraso menstrual, decidiu realizar teste de gravidez vendido em farmácia, obtendo resultando positivo. "*Foi um sentimento de desespero, de repulsa mesmo e a certeza de que eu não queria, nem que fosse buscar métodos ilegais".*

A decisão de interromper a gestação esteve atrelada, ainda, ao fato de Maria Tereza precisar dedicar-se ao filho com suspeita de autismo. Decidida a abortar, foi buscando métodos ilegais na internet que tomou conhecimento ser direito da mulher interromper legalmente uma gravidez decorrente de estupro. Esperou alguns dias para adquirir *"um pouco de coragem"* e buscar um serviço de saúde.

Considerou positivo o fato de a primeira médica que a atendeu ter sido *"receptiva"*, mas constatou despreparo da profissional em não saber explicar sobre os trâmites acerca de sua solicitação pelo aborto. Relatou, ainda, que precisou contar sua história para outras duas médicas e uma enfermeira durante as nove horas que aguardou resolução para sua demanda. Disse ter colhido uma série de exames, mas não teve acesso aos resultados, mesmo tendo solicitado, pois estava preocupada em saber se tinha contraído alguma IST. Por fim, os profissionais a encaminharam para outro hospital da cidade voltado ao atendimento de mulheres.

No segundo serviço, precisou relatar novamente sua história, dessa vez, logo na recepção, sem qualquer privacidade, e depois conversar com duas assistentes sociais que preencheram um formulário solicitando transporte até o Hospital Pérola Byington, em São Paulo. Enquanto preenchiam, questionou por que não poderia realizar o aborto naquele serviço, sendo esclarecida que era um procedimento feito apenas em São Paulo.

Apesar da demora e do contato com muitos profissionais, Maria Tereza afirmou não ter percebido *"negatividade em ajudar"*, visto que *eles "foram escutando, encaminhando, mesmo sem falar dos procedimentos. Eu pensei que seria péssimo e foi só angustiante".*

Já no Hospital Pérola Byington, percebeu resistência da recepcionista em receber seu encaminhamento e orientá-la até o Núcleo AVS. O sentimento de vergonha da exposição foi substituído rapidamente pela preocupação em não poder realizar o aborto, pois, diante da ausência de batimentos cardiofetais mostrados na ultrassonografia, uma das médicas do Núcleo AVS explicou sobre a possibilidade de ocorrer aborto espontâneo. Assim, orientou-a a procurar um serviço na sua cidade se houvesse algum sangramento e, caso isso não acontecesse, poderia retornar ao Hospital Pérola Byington em uma semana.

Em dez dias, quando retornou ao Hospital Pérola Byington, realizou nova ultrassonografia, que revelou presença de batimentos cardiofetais. No entanto, na consulta com a mesma médica do primeiro contato, esbarrou no entrave de não

recordar a data que ocorrera a violência, o que a impossibilitou de ter o procedimento agendado. Por essa razão, ao contrário da tranquilidade do primeiro encontro, o segundo foi marcado por choro e desespero.

Devido ao seu estado emocional e cansada de negativas, Maria Tereza revelou estar decidida a buscar métodos ilícitos para interromper a gestação, pois não acreditava que recordaria a data da violência e esse lhe pareceu ser um fator decisivo para que a médica aprovasse o aborto. Destaca-se que, na ocasião, diante da angústia vivenciada, a psicóloga responsável pelo seu caso foi solicitada.

Após uma semana, no terceiro encontro com a pesquisadora, Maria Tereza, se mostrava tranquila, fato atribuído por ela à lembrança da data da violência. *"Perguntei a uma amiga sobre a data da festa e fui olhar umas fotos também. Fui associando as imagens com as datas".* Após consulta médica, contou sorrindo sobre a aprovação do aborto. Na ocasião, estava com idade gestacional de 11 semanas, podendo, portanto, realizar o procedimento de aspiração manual intrauterina.

No dia do internamento, Maria Tereza estava sozinha. Disse não ter compartilhado com ninguém a violência, mas alegou ter passado os últimos dias mais tranquila após a aprovação: *"Consegui trabalhar um pouco melhor, comer melhor, cuidar do meu filho".* Porém, relatou preocupação, ansiedade e culpa por sua decisão, mas concluiu que *"ia ser traumático demais para o resto da minha vida e quem ia sofrer era a criança, porque eu não ia amar".*

Sobre o procedimento, considerou *"muito tranquilo".* Afirmou que os profissionais foram *"muito atenciosos"* e declarou: *"não tenho do que reclamar".* Finalizou a entrevista dizendo, diversas vezes, estar aliviada e que sempre teve uma "*visão mais liberal sobre o aborto",* refletindo que *"o Brasil ainda é muito falho sobre isso. Acho que eu devo definir sobre o meu corpo, ainda mais numa situação como essa".*

5.3 CATEGORIAS EMPÍRICAS

Os discursos das participantes foram submetidos à análise de conteúdo, segundo Bardin, e, em seguida, classificados e agrupados em códigos árvores com os respectivos subcódigos por meio do *software WebQDA*. Os códigos oriundos

desse processo representam as categorias e subcategorias, apresentadas no quadro a seguir, com seus respectivos temas.

Quadro 1 – Categorias árvores, subcategorias e temas identificados a partir da Análise de Conteúdo. São Paulo, 2019

Categorias Árvores	Temas
Violência sexual e sua interface com as questões de gênero	A relação desigual de poder entre os gêneros.
	Vulnerabilidade de mulheres à violência sexual ao longo da vida.
	Estupro de vulnerável.
	Contracepção de emergência após violência sexual.
	Isolamento social e dificuldade para verbalizar a violência sexual.
	Sentimento de culpa.
Entre a descoberta da gravidez e a possibilidade de aborto legal: o início da Rota Crítica	Mudanças corporais e atraso menstrual.
	Negação da gravidez.
	Exames comprobatórios da gestação.
	Decisão pelo aborto.
	Internet como principal fonte de informações sobre aborto.
	Descoberta da possibilidade de realizar aborto por via legal e a busca por serviços para efetivá-lo.
	Crítica ao Estado brasileiro em dificultar acesso à informação sobre aborto previsto em lei.
	Informações sobre o Hospital Pérola Byington.
Peregrinação na busca pelo aborto legal: percepção das mulheres e as respostas institucionais	Acolhimento por profissionais de saúde em diferentes serviços públicos e privados.
	Peregrinação entre dois serviços de saúde.
	Alvará judicial para solicitar aborto previsto em lei.
	Respostas negativas para o pedido de aborto previsto em lei.
	Sentimentos de ansiedade e medo ao buscar o Hospital Pérola Byington.
	Violência institucional.
	Alívio após a realização do aborto.
	Opinião sobre aborto.

Categorias Árvores	Temas	
	Subcategorias	**Temas**
Necessidades em saúde suscitadas na busca pelo aborto legal	Necessidades relacionadas ao impacto da gravidez no processo saúde-doença das mulheres	Tristeza profunda. Privação do sono e dificuldades na alimentação. Aumento no consumo de cigarros. Ansiedade. Assistência psicológica.
	Necessidades relacionadas ao exercício de cidadania e autonomia das mulheres	Apoio familiar. Acesso a informações. Empatia e sororidade a outras mulheres
	Necessidades relacionadas aos processos de produção e reprodução social	Receio de perda do posto de trabalho Dificuldades financeiras Cuidados com os filhos
	Necessidades relacionadas ao acolhimento nos serviços de saúde ao longo da rota crítica	Organização e estrutura dos serviços de saúde. Sigilo na relação usuária-profissional. Escuta qualificada. Resposta efetiva dos serviços de saúde.

5.3.1 Violência sexual e sua interface com as questões de gênero

Nesta categoria estão apresentados fragmentos das narrativas das entrevistadas sobre a violência sexual sofrida. Embora não tenham sido questionadas diretamente sobre o episódio violento que culminou na gravidez indesejada, a maioria relatou pontualmente o local e as circunstâncias em que a violência sexual ocorreu.

De modo geral, rememorar o fato desencadeou emoções, externadas por meio de choros, suspiros e pausas durante a fala. O próprio silêncio e o pedido para não verbalizar a violência apareceram como dados importantes relacionados à autoproteção, seja das lembranças de um episódio que desejavam esquecer ou por medo de julgamento e revitimização por parte da pesquisadora. Ao relatar a

violência sofrida, as participantes apontaram aspectos importantes das construções sociais de gênero e como estas determinaram comportamentos nos espaços de produção e reprodução social após a violência.

Dentre as entrevistadas, uma declarou ter sido estuprada por homem desconhecido em uma festa, duas por seus ex-parceiros, três em vias públicas por desconhecidos e quatro após perda de consciência por ingerir pequena quantidade de bebida alcoólica. A força física associada à grave ameaça com uso de arma branca ou de fogo foram os principais meios de agressão utilizados pelos perpetradores. Salienta-se que duas participantes referiram ter sofrido violência sexual anterior por algum familiar, ex-companheiro ou agressor desconhecido.

Nas situações em que a violência sexual ocorreu em via pública, por desconhecido armado, as mulheres narraram em detalhes a abordagem que antecedeu a violência.

> Eu não vou esquecer nunca. Eu estava indo embora da festa de madrugada. Eu escutei um barulho, encostei o carro e vi que meu pneu tinha furado. [...] Parou dois caras e perguntaram se eu precisava de ajuda, eu falei que não. Mesmo assim, eles desceram e foram ajudar a trocar o pneu. E, depois, perguntaram como que eu ia agradecer [...]. Eles estavam armados e me colocaram dentro do carro. E eu estava de vestido, porque... [pausa] Na minha cidade a gente usa muito vestido mesmo, não curto, porque eu não uso roupa curta. [silêncio]. Foi rápido. Depois, foram embora. Eu cheguei em casa tão atordoada que eu fiquei trancada por três dias, sem sair para nada. Uma sensação de impotência. Nem lembrei de tomar pílula do dia seguinte. (Maria Fernanda)

A narrativa revela relações desiguais entre os gêneros, exemplificadas quando situa agressores e vítimas em polos opostos de dominação e subordinação. Nesses casos, a subordinação das mulheres esteve atrelada à necessidade de obedecer aos comandos do agressor diante da real ameaça à vida, desencadeando impotência e medo.

Esses sentimentos acarretaram isolamento social, verbalizados pelo receio em sair de casa e dificuldade para interagir com outras pessoas. Ainda, entre as pesquisadas, foi unânime o conhecimento sobre uso de “pílula do dia seguinte” após o episódio violento. Contudo, o trauma dificultou a busca pelo medicamento para quatro das participantes, tornando-as suscetíveis à gravidez.

No discurso apresentado, salienta-se a preocupação da mulher em esclarecer o tipo e o tamanho da vestimenta que usava quando violentada, demonstrando

receio de ser responsabilizada pela violência, reproduzindo, com isso, a cultura do estupro de que são as vítimas que incitam a violência.

Embora as entrevistadas tenham verbalizado formas exacerbadas de agressão em espaços públicos e por homens desconhecidos, o privado surgiu como primeiro espaço de ocorrência de violência sexual. Evidencia-se a vulnerabilidade das mulheres à violência em suas diferentes formas de manifestação ao longo de suas vidas e justamente no local em que deveriam estar protegidas.

> Parece um ciclo [choro]. Aos 11 anos, eu fui abusada pelo meu pai. Depois, me casei com um homem agressivo. Eu acordava com ele transando comigo e eu não sabia que aquilo era abuso. Eu achava que ele podia fazer aquilo porque era meu marido. E, depois, eu fui abusada na rua. [pausa] Depois, conheci esse meu ex-namorado [...], mas ele não tinha paciência comigo, porque eu tinha dificuldade para fazer sexo. Então, eu decidi acabar [o relacionamento] e foi aí que ele mudou completamente. Ele entrou em casa querendo reatar e, quando ele viu que não tinha jeito, ele me bateu e me abusou para eu não esquecer dele. [...] A vingança dele foi exatamente essa. Ele falava que eu merecia [silêncio seguido de choro]. (Maria Luiza)

A narrativa expõe a percepção da violência como um fenômeno cíclico e frequente na vida das mulheres, especialmente quando iniciado na infância. Processos violentos intrafamiliares podem estar relacionados à maior suscetibilidade para vivenciar relacionamentos abusivos, os quais são naturalizados na fase adulta. Especificamente no âmbito do matrimônio, a naturalização da violência sexual estabelece estreita relação com as questões de gênero, visto ser legitimada pela concepção de ser papel da mulher satisfazer sexualmente o marido.

Chama a atenção, nesse relato, a dificuldade externada pela participante em vivenciar plenamente a vida sexual em virtude de violências sofridas durante a vida, culminando em traumas que a impossibilitavam de experienciar prazer. Esse pareceu ser o motivo para romper o novo relacionamento, desencadeando, no entanto, novas manifestações violentas.

Abusos e violências sexuais iniciados durante a adolescência foram relatados por uma entrevistada, despontando a vulnerabilidade para violência de gênero a que mulheres desse grupo geracional estão expostas.

> Eu já tinha sofrido duas espécies de abuso. No meu aniversário de 18 anos, eu fiquei bêbada e um menino ficava me puxando a força [...] Ele me puxou para o banheiro. [pausa] Eu não consenti, nem nada, só aconteceu. Eu não queria que tivesse acontecido. Na segunda vez, no ônibus, um cara se esfregou em mim. [...] E, dessa última vez, que foi a que eu engravidei, eu estava bêbada numa festa e, eu não sei, eu não lembro de ter bebido tanto. Minha memória sumiu. Só lembro de acordar suja e machucada, no dia

> seguinte. Eu me sinto uma inútil porque aconteceu três coisas comigo e eu não consegui fazer nada em nenhuma das três vezes [choro]. (Maria Clara)

Nas diferentes situações, constatou-se desigualdade de poder entre os gêneros, traduzida na objetificação de corpos femininos compreendidos como à disposição do desejo masculino. O fator surpresa, a impossibilidade de consentir ou não, e a dificuldade de reagir contra o agressor expressaram sensações de impotência e culpa.

Nas circunstâncias em que as participantes declararam que foram violentadas em festas após ingestão de bebida alcoólica, elas salientaram ter consumido pouca quantidade. Isso levou ao entendimento de que tiveram alguma outra droga adicionada às suas bebidas, haja vista a existência de ínfimas lembranças ou ausência total de memória acerca do ocorrido, como exemplificado nas seguintes falas:

> Fui para uma festa [...] e provavelmente drogaram minha bebida, porque eu estava tomando só cerveja e, logo no início da festa, eu já estava me sentindo meio estranha. E, eu comecei a ter uns apagões de memória. E, aí, teve um momento que eu estava num quarto, com um rapaz e eu não conseguia sair [...], não conseguia gritar. Eu lembro de flashes: lembro dele tirando minha roupa... [pausa] E, depois, eu apaguei. Quando eu acordei, já estava sozinha no quarto. (Maria Beatriz)

> Foi numa festa. [...] E, eu bebo socialmente, não bebo para ficar ruim. Estava bebendo, conversando com uma turma e, depois de certa hora, não lembro mais de nada. Acordei num quarto, sem roupa, sem nada [choro]. Como eu acordei com as partes íntimas ardendo, eu suspeitei do que tinha acontecido, mas não sei quem fez, se foi só um [agressor], nada. É horrível, isso. (Maria Júlia)

Nos casos tipificados legalmente como estupro de vulnerável, ratificou-se a desigualdade de poder entre os gêneros, expressa pela imposição do consumo de drogas

misturadas à bebida alcoólica, sem o conhecimento das vítimas. Inconscientes e vulneráveis para discernir ou defender-se dos atos violentos, as mulheres foram anuladas enquanto seres autônomos dotados de desejos. Ademais, as lacunas de memória sobre como ocorreu a violência, quem foi e quantos foram os agressores revelaram frustração, conforme os relatos a seguir:

> [...] Eu não conseguia raciocinar, porque eu não lembrava de nada que tinha acontecido. Eu estava totalmente desacordada. Não tinha a menor condição de eu saber o que, de fato, tinha acontecido e quem fez isso comigo. (Maria Eduarda)

> Eu só consegui contar pra uma amiga minha [...]. E, a gente não consegue descobrir quem foi. Era uma festa de república [....], a gente não conhecia muita gente. E, daí, eu não lembro de nada. Não tinha muito o que fazer. Pensei em ir na delegacia, mas [para] dizer o quê? [silêncio]. (Maria Beatriz)

O interesse das entrevistadas em desvendar a identidade do agressor ateve-se à necessidade de preencher hiatos de memória sobre um crime, no qual há apenas a sua palavra como prova. Alheias às circunstâncias como a violência sexual ocorreu, as mulheres optaram por não buscar delegacias por acreditarem não ter informações relevantes que pudessem identificar e punir os agressores.

As pesquisadas reportaram, ainda, não terem buscado delegacias devido ao conhecimento anterior sobre a má acolhida oferecida às vítimas. Esse fato foi traduzido em expressões que denotavam constrangimento e vergonha, tanto pela postura inquisidora adotada por alguns profissionais quanto pelos procedimentos a que poderiam ser submetidas. Destaca-se que nenhuma pesquisada fez menção de recorrer aos serviços de saúde após terem sido violentadas, aumentando a vulnerabilidade às IST e à gravidez indesejada, além de reforçar a ideia de que o fenômeno da violência é exclusivo da esfera da segurança pública.

> Eu não fui na delegacia. Sabia que eles iam me encher de perguntas e, sei lá, eu acho que policiais, às vezes, são meio grossos. (Maria Helena)

> [...] acredito que a maioria [das mulheres] não vá prestar queixa porque sabe que o atendimento [nas delegacias] não é bom. (Maria Antônia)

Ressalta-se o fato de algumas participantes terem relatado a violência sexual a pessoas próximas, julgadas de confiança, principalmente amigas. Contudo, isso não foi evidenciado na maioria das narrativas, pois, de modo geral, as mulheres optaram pelo silêncio, principalmente pelo receio de serem culpabilizadas. O medo da culpabilização foi unânime nas narrativas, refletindo o modo como as entrevistadas viam a si mesmas enquanto vítimas de estupro.

> Eu me sinto horrível [...]. Às vezes, eu até me julgo, me culpo. Talvez, se eu não tivesse saído naquele dia, isso não teria acontecido [choro]. (Maria Fernanda)

> Eu não sei dizer por que a gente sente isso. É como se alguma coisa dissesse “foi você que provocou, foi você que provocou”. (Maria Rita)

De modo geral, nas falas, evidenciou-se uma visão reducionista da violência contra a mulher, especificamente da violência sexual, baseada na concepção de causa-efeito cujas características individuais e comportamentos das mulheres

instigaram a sua ocorrência. A ideia de transgressão de normas comportamentais generificadas acarretou nas participantes julgamentos sobre sua conduta, revelando o enraizamento de estereótipos de gênero presentes no senso comum. Desse modo, os resultados desta categoria revelaram o quanto as iniquidades de gênero acarretam a vulnerabilidade das mulheres a processos violentos durante a vida.

5.3.2 Entre a descoberta da gravidez e a possibilidade do aborto legal: o início da rota crítica

Nesta categoria descreve-se o início da rota crítica, apresentando as ações empreendidas pelas pesquisadas na busca pelo aborto ao se descobrirem grávidas em decorrência do estupro. Reconhecendo ser a rota crítica um processo interativo, constataram-se diversos elementos que motivaram as mulheres a romper o silêncio acerca da violência sexual e da gravidez indesejada.

Apesar de a descoberta da gestação ter sido o ponto de partida das rotas críticas de todas as entrevistadas, o tempo entre a suspeição e a confirmação da gravidez variou. Assim, aquelas que relataram ter filhos despenderam menor tempo para confirmar a gravidez, visto associarem sintomas como enjoos, tonturas e sonolência a uma gestação em curso. Já as mulheres que se declararam nulíparas vivenciaram um processo de negação, retardando a confirmação da gravidez.

> Eu demorei bastante para descobrir que estava grávida [...]. Eu não lembrava quando tinha sido minha última menstruação e eu estava naquela negação, pensando que estava desregulada [a menstruação]. E, eu fui deixando, sabe? [...]. (Maria Clara)

> Passou um tempo até eu perceber que eu poderia estar grávida e depois algum tempo até eu tomar coragem pra fazer o exame. [...] Eu nunca fiquei grávida, então, não sabia muito bem. [...]. Você sempre acha que não vai acontecer com você [pausa]. Eu sempre tomei remédio [anticoncepcional], então, você fica imaginando que ele ainda vai funcionar e tudo mais. (Maria Antônia)

Ao protelar a confirmação da gravidez, as entrevistadas buscaram justificativas para ratificar a sua negação. Algumas participantes referiram motivos biológicos que acreditavam torná-las menos propensas a engravidar e, ainda, destacaram uma ideia presente no senso comum de que o uso prolongado de contraceptivo hormonal ao longo da vida poderia protegê-las posteriormente de uma eventual gestação.

Foi unânime a realização de dois ou mais exames que confirmassem a gravidez, destacando os testes vendidos em farmácias e exames de sangue, esse último reconhecido pelas pesquisadas como de maior confiabilidade. Para algumas mulheres, o processo de negação da gravidez cessou apenas diante do resultado positivo do exame de sangue realizado em laboratório.

> [...] Quando minha menstruação atrasou, eu fiquei meio desesperada e liguei pra minha prima. Minha primeira reação foi falar com minha prima mesmo. [...] Eu comecei a ter sintomas da gravidez e comecei a surtar mais ainda. Eu fiquei super mal, porque comecei a sentir os sintomas. Daí, fiz um teste de farmácia e deu positivo [...]. (Maria Beatriz)

> Eu estava em um mercado, com uma amiga. Comprei um teste de farmácia e fiz o exame no banheiro do mercado [pausa]. Quando ela falou que [o exame] deu positivo, eu já me desesperei. [...] Comecei a chorar, comecei a gritar. Ela [amiga] me acalmou. Comprou outro exame e deu erro. Aí, ela comprou outro exame, a gente fez e deu positivo. [...] Na segunda feira, ela me levou pra fazer exame de sangue para ter a confirmação. Quando foi a tarde, eu soube que eu estava grávida. (Maria Helena)

Depreendeu-se dos resultados que a suspeição da gravidez levou as entrevistadas – sobretudo as mais jovens – a buscar auxílio em sua rede social, rompendo, assim, o silêncio sobre a violência sexual em busca do apoio de outras mulheres.

A confirmação da gestação desencadeou sentimentos como desespero, angústia e repulsa, os quais contribuíram para que a maioria das entrevistadas – exceto uma – decidisse interrompê-la imediatamente.

> Quando eu descobri [a gravidez], a primeira coisa que eu pensei foi “não, eu não posso ter esse filho.” Então, eu fui procurar o remédio [abortivo], mas morrendo de medo. Tipo, não sabia como eu ia fazer. É tipo, sei lá, pular de *bung jump*, que precisa daquele impulso, daquela coragem [pausa], e eu não tinha isso, sabe? (Maria Clara)

> [...] desde a hora que eu soube [da gravidez] até agora, não me passou pela cabeça ficar [com a futura criança.] Eu não pensei duas vezes. [pausa] E olha que eu sou mãe de três filhos! Mas é muito diferente [choro]. Quem é que vai passar nove meses com um filho, assim, na barriga? (Maria Rita)

> Quando descobri [a gravidez] foi um sentimento de desespero, de repulsa mesmo e a certeza de que eu não queria [a gravidez], nem que eu fosse buscar métodos ilegais. (Maria Tereza)

Constatou-se que o aborto representou a única possibilidade para as participantes retomarem a vida. Assim, a violência sexual foi o principal elemento motivador externo para as mulheres rejeitarem a gravidez decorrente dela e

decidirem prontamente interrompê-la, ainda que precisassem recorrer à clandestinidade.

Apenas uma entrevistada revelou ter pensado em levar a gestação a termo devido ao fato de o agressor ter sido seu companheiro. Entretanto, ao mesmo tempo em que isso parecia ter importância, a violência sofrida anulava a idealização anteriormente estabelecida de amor romântico, reforçando a ideia de o episódio violento ser o principal elemento motivador para as mulheres recorrerem ao aborto.

> Eu pensei em levar a gravidez até o fim [pausa], tenho uma história com ele. Mas, não me vejo com condição psicológica para criar uma criança desse jeito, que eu vou olhar todos os dias e vou lembrar de tudo que eu vivi. (Maria Luiza)

Embora todas as participantes estivessem decididas pela interrupção da gravidez, suas narrativas apresentavam sentimentos ambíguos que podem estar associados à construção social de gênero e dos papéis socialmente designados às mulheres.

> Foi a pior decisão da minha vida [choro]. [...] A última coisa que eu quero no mundo é tirar o que seria uma vida, sabe? Mas, eu não vejo como a vida dessa pessoa vai ser boa. Não vejo como eu poderia dar um suporte pra isso. [choro prolongado] [...] Pelo espiritismo, que foi a religião que eu cresci, tem uma energia vital desde o momento da concepção. Então, uma parte de mim acredita que tem uma pessoa dentro de mim e a outra parte não, que é só um amontoado de células. Independente dos dois, eu já fiz minha escolha. (Maria Clara)

> Eu tenho dó do que eu quero fazer, porque eu acho que é uma vida [silêncio] Eu sou completamente contra o aborto. Completamente contra! Quando uma mulher tem um filho, ela é abençoada por Deus, mas não nessas circunstâncias. [pausa prolongada] Não que eu não tenha vontade de ter outro filho, morro de vontade, sabe? [voz embargada] Mas, não assim, dessa forma. E, também, acho que nem a criança merece, porque eu não vou gostar dela. [...] Eu não vou conseguir criar uma criança sabendo que foi gerada assim. Que futuro vai ter essa criança? (Maria Fernanda)

A compreensão das entrevistadas acerca da maternidade como uma benção divina associada à ideia de início da vida desde a concepção, tão bem difundida na sociedade ocidental de matriz judaico-cristã, mostrou-se conflitante nas suas experiências. Esse conflito ancorou-se nas relações sociais entre os gêneros, uma vez que a recusa da gravidez acarretou a negação da maternidade, reproduzida nos discursos como um símbolo social e culturalmente estabelecido do gênero feminino.

Salienta-se o fato de parte das entrevistadas referir que a decisão de abortar também se baseou na vida da futura criança, pois acreditavam que não

conseguiriam educá-la ou sentir afeto, caso levassem a gestação a termo. Essa preocupação reflete a construção socio-histórica das mulheres cujo papel social atribuído é de educar e criar os filhos.

Para a maior parte das mulheres, a descoberta da possibilidade de realizar aborto previsto em lei em caso de estupro e onde realizá-lo ocorreu ocasionalmente, quando elas buscavam informações sobre realização de aborto clandestino pela internet.

> Não sabia da lei para abortar. Só fui saber quando fui pesquisar pra abortar de qualquer jeito, porque eu não aceito isso tá acontecendo. Não aceito essa gravidez de jeito nenhum [choro]. (Maria Júlia)

> Eu sabia, na verdade, que podia fazer aborto até os três meses, mas, na minha cabeça, eu tinha que fazer B.O., exame de corpo de delito, passar por todo esse constrangimento. E eu fiquei com medo, também, de duvidarem de mim, por isso que eu não contei. (Maria Helena)

> Na verdade, eu achava que eu tinha que entrar na justiça, constituir um advogado, entrar na justiça e pedir autorização no Supremo [Tribunal Federal], ter o constrangimento de ir em uma delegacia, sei lá [...]. Depois, eu fui lendo e fui vendo que não, que eu estava enganada, que não era esse o caminho, aí eu descobri o [Hospital] Pérola Byington, que ele é um hospital que faz essa parte de aborto legal [...]. (Maria Antônia)

As narrativas mostraram que as participantes possuíam pouca ou nenhuma informação acerca da interrupção legal da gravidez. Dentre aquelas que tinham algum conhecimento, evidenciaram-se equívocos, especialmente quanto à idade gestacional limítrofe e aos trâmites legais para solicitar o aborto. Por vincularem a violência apenas à esfera da segurança pública, as participantes, de maneira velada ou explícita, apontaram que a busca por serviços voltados à segurança e justiça poderiam ser elementos inibidores externos no processo da rota crítica, dado o receio de se sentirem alvos de julgamento e constrangimento.

Durante a rota crítica, a internet foi a principal fonte de informações a respeito do aborto previsto em lei. Seja pelo amplo número de informações existentes ou por permitir às pesquisadas anonimato, esse foi um elemento motivador externo crucial para que seguissem adiante na sua trajetória. Ainda, essa busca possibilitou que algumas entrevistadas tomassem ciência do Hospital Pérola Byington, localizado em São Paulo, referência na América Latina para realização de abortos previstos em lei. Com base nesse conhecimento, buscaram serviços similares em seus estados e ou cidades, conforme evidenciado nas narrativas:

> Eu procurei na internet um hospital no Vale [do Paraíba] ou na minha cidade, mas não tinha nada a respeito. Lá na minha cidade, no máximo, teria atendimento para aqueles cinco dias depois do abuso. Mas, fazer o aborto, essas coisas, não faz no hospital lá. (Maria Beatriz)

> [...] Eu pensei: “Ah, se tem em São Paulo, pode ser que tenha no Rio de Janeiro também”. E, aí, olhando na internet [...], eu vi, numa linha bem pequena, um hospital municipal dizendo “Hospital de Referência de Aborto legal no Rio de Janeiro”. [...] Eu liguei várias vezes e ninguém atendia. Entrei na internet pra ver se tinha algum site desse hospital pra eu me inteirar do que eu ia encontrar lá. E não existe site. Então, assim, eu pensei que entre vir em São Paulo ou ficar no Rio [de Janeiro] batendo cabeça, me expondo, eu preferi vir aqui[...].(Maria Antônia)

A dificuldade das mulheres em encontrar informações disponíveis sobre serviços de referência voltados para o atendimento de vítimas de violência sexual e, especificamente, para realização de abortos em suas cidades desencadeou intensa frustração. E, embora a internet tenha facilitado o acesso à informação, salienta-se a reflexão feita por uma participante sobre como obter informação de qualidade pode ser penoso, tornando mais tortuosa a trajetória da busca pelo aborto legal.

> [...] Eu acho que você se vê um pouco desamparada. Desamparada porque você tem vergonha. Desamparada porque você não tem informação. É difícil ter informação. E você tem uma questão que está se desenvolvendo a cada dia e que você quer tentar resolver. [...]. Não acho que é fácil. Não acho que o Estado brasileiro ajuda muito [...] Muita gente que não tem o dinheiro, não tem a disponibilidade e não chega nem a ter o acesso que eu tive a internet, de saber pesquisar. Então, eu acho que deve ser muito difícil para as mulheres, assim, de outros estados. Porque eu fiz muita pesquisa [...], não foi fácil. Eu fico imaginando outros estados do Norte e Nordeste. [...] Mulher de baixa renda, com acesso a internet, que tenha tempo, que saiba colocar as palavras de busca, que saiba que tem direito a realizar o aborto legal, eu acho que começa por aí. A informação é o início de tudo. (Maria Antonia)

O discurso aponta uma gama de elementos – emocionais, sociais e econômicos – capazes de inibir a progressão da busca pelo aborto previsto em lei. Ao criticar o Estado brasileiro por não tornar as informações e serviços voltados ao atendimento de vítimas de violência sexual mais acessíveis e equânimes, a entrevistada enfoca as desigualdades regionais e entre as classes sociais como relevantes para facilitar ou dificultar a obtenção de informações que as auxiliem a exercer seus direitos.

Após obter informações contundentes sobre o Hospital Pérola Byington, algumas entrevistadas o contataram diretamente, entretanto receberam informações divergentes sobre o funcionamento do Núcleo AVS.

> [...] Quando liguei, caiu no IML. A moça me atendeu, mas disse que eu precisava de um boletim de ocorrência. E eu falei que eu não queria passar por uma delegacia [...], até porque já tem algum tempo que eu sofri o abuso. Aí, ela me falou: "É, eu só conheço isso. Você tem que vir encaminhada pelo B.O." Aí, eu desliguei e liguei para a ouvidoria aqui do Hospital Pérola Byington e me deram o telefone do AVS. O pessoal do AVS me atendeu e me explicou que eu poderia tratar só minha parte de saúde. (Maria Antônia)

> Uma enfermeira que conheci me ajudou. Ela pesquisou na internet e ligou aqui [...], falou com a moça, só que a moça deu informações erradas. [...] Porque ela disse que eu tinha que vir para São Paulo para poder ser avaliada, para poder marcar com assistente social, a psicóloga e a médica. Disse que eu tinha que vir o mais rápido possível. [...] quando eu cheguei aqui, a moça disse que não era preciso, que quem atendeu já podia ter marcado tudo por telefone. (Maria Rita)

As narrativas apontam a fragmentação do atendimento entre setores que deveriam atuar de maneira integrada, revelada no desalinhamento de informações sobre o acesso ao Núcleo AVS, seja por funcionários do próprio setor ou do IML. Ademais, a tentativa de imputar à mulher uma lógica institucional pode ser evidenciada nos discursos, sobretudo quando foi exigida a apresentação de um BO.

Outras fontes também foram mencionadas, com destaque para profissionais de saúde e, mais uma vez, amigas ou pessoas de confiança, principalmente mulheres, que indicaram o Hospital Pérola Byington como um serviço de referência.

> Quando eu liguei para minha prima, ela falou assim: "Vou ver com um amigo meu que é médico, para ver como posso te ajudar." E, aí, ele indicou o Hospital] Pérola Byington. Daí, minha prima pesquisou sobre o hospital e tudo mais [...]. (Maria Beatriz)

> [...] eu liguei para um amigo meu que é médico, daí ele falou assim para mim: "Olha tem um hospital em São Paulo, eles são especializados nesse tipo de procedimento". No outro dia, eu já fui no Pérola. (Maria Eduarda)

> [...] Há muitos anos, parece até ironia, uma amiga veio aqui, pelo mesmo motivo. E, ela tinha falado pra mim, mas naquela época. [...] eu nunca ia imaginar que isso ia acontecer comigo. E eu não tenho coragem de fazer [aborto] em casa, por isso decidi procurar o hospital. (Maria Fernanda)

Conforme mencionado anteriormente, o apoio da rede social das participantes na fase inicial da rota crítica mostrou-se um elemento motivador externo fundamental, já que, a partir dele, elas adquiriram confiança para tornar real o desejo de interromper a gravidez. Chama atenção que os profissionais de saúde citados por algumas mulheres foram médicos cujo vínculo ultrapassava o profissional, facilitando, desse modo, o acesso à informação. No entanto, o apoio da rede não as

isentou de percorrer uma trajetória tortuosa, inclusive, com respostas negativas em diversos momentos.

Com base no exposto, pode-se afirmar que na fase inicial de decisão e procura por informações acerca do aborto possíveis elementos inibidores, ancorados nos papéis sociais atribuídos ao feminino, adquiriram novos significados baseados na realidade vivenciada por cada pesquisada. Assim, eles foram amenizados pelos elementos motivadores que as estimularam a seguir sua trajetória na efetivação de direitos, colocando-as como protagonistas da sua história.

5.3.3 Peregrinação na busca pelo aborto legal: a percepção das mulheres e as respostas institucionais

As narrativas das participantes permitiram explorar as respostas ofertadas em diferentes instituições – majoritariamente serviços de saúde – ao longo da rota crítica na busca pelo aborto previsto em lei. Essas respostas fizeram emergir a presente categoria, que mostrou a não linearidade dessa trajetória, inclusive em um mesmo serviço, despontando, assim, na peregrinação das mulheres para efetivar um direito garantido por lei.

Embora os sítios da internet tenham sido as principais fontes de informações sobre aborto acessadas pelas pesquisadas, destaca-se que algumas recorreram a serviços de saúde ou médicas de sua confiança em consulta particular para obter orientação sobre onde deveriam solicitar a interrupção da gravidez e quais seriam os trâmites legais. Os discursos a seguir revelam as respostas obtidas por algumas mulheres quando decidiram sair do espaço privado em busca de ajuda, transpondo as barreiras estabelecidas pela vergonha e pelo medo de julgamento.

> A própria ginecologista, a primeira que eu fui pelo plano [de saúde], falava para mim: “Ah, dá para criar uma criança sozinha. Dá para criar. Você não precisa abortar!” Ela nem me comunicou que eu podia procurar o sistema público [de saúde]. Só disse que não iria me ajudar, porque era contra esse tipo de procedimento. (Maria Eduarda)

> Eu fui no posto para ver se me encaminhavam para o hospital, para ver como é que faziam, como é que funcionava, porque eu não sabia como funcionava isso na cidade. [...] Fiquei esperando que hospital poderiam me mandar, eles não sabiam, não tinham essa informação. (Maria Luiza)

> Quando a menstruação não veio, eu fui no posto, falei com a enfermeira e pedi para falar com o médico, mas não tinha ficha. [...] Depois, fui para

> médica do convênio do meu trabalho [...], contei tudo o que tinha acontecido. [...], mas ela, por ser ginecologista e obstetra, nunca recomenda aborto. Ela quer saber da minha saúde. É tanto que ela passou uma lista de exames para eu fazer e passou remédios e vitaminas [...]. Ela até falou sobre o aborto, mas disse que tinha que pedir na justiça e justiça é meio demorada [...], por que no Brasil é proibido, é ilegal o aborto [...]. Ela não me disse que na minha situação eu podia abortar. (Maria Rita)

Percebe-se nas narrativas que as profissionais adotaram uma postura de julgamento quanto ao desejo das mulheres de interromper a gravidez, possivelmente por vinculá-la a uma relação sexual desprotegida. A desconsideração da presunção da veracidade refletiu a cultura do estupro presente na sociedade, influenciando as atitudes e comportamentos das profissionais em relação às entrevistadas. Além disso, a assistência baseou-se em condutas dicotômicas e biologicistas, limitando-se à gravidez e desconsiderando a subjetividades das mulheres, conforme constatado no discurso de Maria Rita.

Os discursos mostraram ainda que os serviços de atenção primária foram procurados por duas entrevistadas para obter orientação sobre assistência às vítimas de violência sexual. No entanto, ficaram evidentes a precariedade no acolhimento e o desconhecimento de uma rede de assistência a essas mulheres, levando-as a recorrer a outras instituições.

Experiências divergentes foram reportadas por outras duas entrevistadas quando buscaram serviços de saúde para obter direcionamento na rota crítica. Em ambos os casos, afirmaram que se sentiram acolhidas e apoiadas pelos profissionais que as assistiram.

> Eu decidi ir num médico antes de comprar o remédio [abortivo]. [...] E lá eu comecei a chorar muito porque [...] eu não quis que nenhum médico homem relasse em mim. [...] Aí, o médico me chamou para conversar. Disse que notou que eu não estava bem [...], ele disse que era muito fácil pegar caso de violência e [...] se caso tivesse acontecido o que ele imaginava, eu teria que vir pra São Paulo, porque lá no hospital era proibido fazer aborto [...]. Ele me ofereceu suporte depois, porque se eu conseguisse [abortar], na semana seguinte, eu podia voltar lá que ele colocaria o DIU para evitar outra situação dessas. (Maria Clara)

> Eu falei com minha médica, contei o que tinha acontecido comigo e disse a ela que eu queria abortar. Ela disse que o procedimento era pedir autorização na justiça [...]. E ela me encaminhou para fazer o ultrassom para ver de quantas semanas [de gestação] eu já estava. Fiz o ultrassom lá onde eu moro mesmo e de lá eu fui mostrar o ultrassom para ela e ela já me encaminhou para o Ministério Público. Ela disse que não poderia me informar muita coisa porque ela estaria sendo leviana, porque ela não sabia se eu ia poder fazer o aborto ou não. (Maria Helena)

Embora as pesquisadas não tenham obtido uma resposta resolutiva para as necessidades levadas até as instituições de saúde, constatou-se que elas perceberam como efetividade dos serviços o encaminhamento e/ou direcionamento ofertado pelos profissionais.

Apesar de os discursos apontarem desconhecimento dos profissionais acerca dos trâmites legais para interromper a gestação, também suscitam dúvidas quanto à legitimidade dessa desinformação. Especialmente na fala de Maria Clara, a atitude do médico denota uma forma de se eximir da responsabilidade de atender uma possível solicitação de aborto previsto em lei, na medida em que a orienta a procurar um serviço de referência – Hospital Pérola Byington – nacionalmente conhecido pelo atendimento a vítimas de violência sexual.

Destaca-se que as participantes que acessaram a informação de o Hospital Pérola Byington ser a única instituição capaz de acolher sua solicitação para interromper a gravidez vivenciaram uma trajetória menos sinuosa quando comparadas àquelas que decidiram procurar outros hospitais antes de chegarem até o supracitado serviço.

Nesse sentido, salientam-se as narrativas de duas pesquisadas provenientes de um mesmo município, localizado no estado de São Paulo, que realizaram percursos tortuosos similares. Os relatos dramáticos revelaram uma verdadeira odisseia dessas mulheres traduzida em desgaste e revitimização.

> [...] Primeiro, eu fui num hospital de emergência. [...] Eu tirei um pouco de coragem [...] Eu entendo que tem todo um sistema para ser feito, mas parecia que eles [profissionais] não sabiam como resolver. Eles não me davam nenhuma informação [...]. Cheguei lá umas cinco horas da tarde e sai de lá umas duas da manhã. Eu senti muito despreparo. Um passava para o outro até me encaminharem para outro hospital [...]. Daí, passei por duas assistentes sociais e elas já foram fazendo procedimento de transporte, com a guia já pra vir pra cá porque falaram que não pode, que isso [aborto] só faz aqui em São Paulo mesmo. Não deram detalhes, não. (Maria Tereza)

> Eu fui para o primeiro hospital e eles me encaminharam para o outro que fica ao lado. [...] Eles acharam que era uma gravidez ectópica e falaram que era para eu esperar porque, talvez, a gravidez não estivesse dentro do útero. Depois, falaram que não tinha embrião no saco gestacional. [...] Eles sempre me mandavam de um hospital para o outro e as médicas falavam para mim que eu ia fazer o procedimento lá mesmo [...]. E ficou tudo muito confuso até aparecer o embrião. O ponto decisivo foi quando apareceu o embrião. Porque quando apareceu eles disseram que eu ia ter que ir para São Paulo, porque os médicos de lá não iam fazer. Só falavam que eu ia ter que depender de um plantonista que quisesse fazer o procedimento e não eram muitos os que concordavam. [pausa] (Maria Eduarda)

Durante todo o processo, percebeu-se que as entrevistadas foram colocadas em uma posição passiva, tendo seu protagonismo minimizado. A ausência de informações sobre os trâmites legais para solicitar e realizar o aborto foi compreendido por elas como despreparo dos profissionais, contudo as narrativas demonstraram indiferença.

Chama atenção a fala de Maria Eduarda que expõe as contradições na assistência advindas da descoberta da viabilidade da gestação em curso, desencadeando posturas profissionais enviesadas, sobretudo por questões morais acerca do aborto. Diante da resposta negativa, os profissionais de saúde e o serviço imputaram à mulher a responsabilidade de definir um novo caminho na sua trajetória pelo aborto, eximindo, assim, o Estado de responsabilizar-se por assegurar que seu direito fosse efetivado.

Apesar de todos os elementos inibidores evidenciados nos discursos, destaca-se a análise feita por uma das pesquisadas sobre o atendimento recebido, que superou sua baixa expectativa.

> Quando eu li sobre a lei do aborto, eu desacreditei. Eu fui descrente. Eu fui [para o hospital] pensando que ia ter uma barreira, que ia ter alguma coisa, que alguém ia dizer “você não pode fazer”, mesmo eu lendo o artigo e tudo o mais. Ainda foi razoável, porque eles [profissionais] foram me escutando, foram me encaminhando, mesmo sem falar dos procedimentos, eu me senti um pouco acolhida. Porque eu pensei que seria péssimo e só foi angustiante, por esperar, por ficar passando e passando e passando. Mas, em nenhum momento, eu senti uma negatividade em me ajudar. (Maria Tereza)

Para a mulher, o simples fato de ter sido atendida e não ter percebido atitudes julgadoras representou uma resposta positiva no processo da rota crítica. Isso a fez reconhecer o serviço como um local de apoio para o enfrentamento do problema, haja vista ter sido o primeiro espaço onde pôde verbalizar a violência sexual e a gravidez indesejada. Por imaginar que haveria barreiras intransponíveis, os entraves vivenciados foram superados pela possibilidade real de interromper a gravidez.

Apenas uma entrevistada foi encaminhada por profissional de saúde ao Ministério Público para requerer alvará judicial a fim de solicitar a realização do aborto. Na percepção da mulher, a experiência foi positiva, visto que não percebeu qualquer tipo de julgamento ou preconceito:

> [...] Eu conversei com o promotor. Ele perguntou o que aconteceu e eu falei, mas não detalhadamente, só o que eu lembrava e também o que eu quis falar. Me trataram superbem, foram superacolhedores. Em meia hora, o promotor já conseguiu me encaminhar para o hospital. [...]. Eles me falaram

> que eu estava no limite do tempo de gestação, que eu já tinha passado um pouco do tempo, mas que eu estava no limite ainda. E, aqui no hospital, saberiam resolver o meu caso, dariam um jeito de uma forma ou de outra. (Maria Helena)

De modo geral, ao chegar ao Hospital Pérola Byington, as pesquisadas surpreenderam-se com o acolhimento que tiveram e com a presteza no agendamento das consultas com a equipe multidisciplinar. Assim, avaliaram o atendimento recebido como positivo, especialmente por terem sido ouvidas na sua demanda mais urgente. Nas entrevistas, a marcação dos atendimentos por telefone para um único dia foi apontada como facilitador do acesso ao serviço.

> [...] o pessoal é muito prestativo, muito atencioso, conseguiu fazer o agendamento de todas as entrevistas no mesmo dia, porque sabia que eu era de fora do estado. E, aqui dentro, eu fui atendida prontamente por todo mundo. Nossa, para mim é surpreendente. Facilita tudo isso que a gente passa. E aqui é um hospital público, né? (Maria Antônia)

> Eu liguei, expliquei a situação e ela agendou tudo para mim no mesmo dia, mas não me disse que o procedimento não era feito no dia também. [...] Eu separei dois dias pra isso. [...] Eu acreditava que eu chegando hoje, acreditava que, no máximo, em dois dias eu já poderia ir embora [choro]. E aí, cheguei aqui e não é como eu pensei, precisa agendar [o procedimento]. (Maria Júlia)

As experiências positivas desencadearam a sensação de ter consideradas suas particularidades de deslocarem-se de outras cidades e/ou estados para agendar os atendimentos no mesmo dia, o que superou as expectativas sobre acolhimento em um serviço público de saúde. No entanto, a inviabilidade de também realizar o aborto na mesma data acarretou frustração em algumas entrevistadas por receio de não conseguirem retornar ao hospital posteriormente.

Destaca-se que, durante o período de coleta de dados, a equipe multidisciplinar do Núcleo AVS esteve desfalcada devido a férias e licenças prêmios de alguns profissionais – principalmente médicos –, o que impactou diretamente na rotina de atendimentos. Especificamente, para duas participantes, isso se tornou um elemento inibidor expressivo na sua rota, visto que tiveram seus procedimentos agendados para uma data em que consideraram inviável retornar a São Paulo e efetivar o procedimento, seja por motivo de trabalho ou dificuldade financeira, como ilustra o relato a seguir:

> Só, assim, achei um pouco longe a data. Eu esperava que fosse na semana que vem [o aborto]. Então, isso é bem ruim porque não sei o que dizer no trabalho. Mas, só tinha agenda para daqui há duas semanas, enfim... É complicado. Mas, pelo menos eu sinto que vou estar na mão de pessoas

> competentes e que eu não vou colocar minha vida em risco. Isso é importante. (Maria Antônia)

Nessas situações, após a marcação da data do procedimento, chamam a atenção os inúmeros contatos telefônicos nos quais as mulheres relataram suas dificuldades, na tentativa de conciliar a vida profissional com as datas disponibilizadas pelo hospital para realização do aborto. Todavia, observou-se resistência dos profissionais médicos para reconsiderar normativas institucionais a fim de atender tal demanda.

Para duas entrevistadas, a recepção do Hospital Pérola Byington e do Núcleo AVS representaram potenciais de desgaste nas suas trajetórias já marcadas por julgamentos e respostas negativas de outras instituições de saúde. O sentimento desencadeado na interação com as recepcionistas da instituição reproduziu a angústia vivenciada em outros momentos da rota crítica, nos quais foram revitimizadas e tiveram sua subjetividade desconsiderada.

> O único mau contato foi com a recepção [pausa]. Eu senti preconceito pela recepcionista. Ela me machucou muito quando eu cheguei, por que... [pausa] Você sabe quando a pessoa está te julgando pelo olhar. E eu cheguei aqui muito machucada, desesperada. (Maria Eduarda)

> Aqui na recepção eu já não gostei. [...] Porque quando eu mostrei minha guia [de encaminhamento], eu percebi má vontade, cara feia, depois que mostrei a guia ali na frente. (Maria Tereza)

A revitimização institucional também pode ser constatada na ocasião do exame de ultrassonografia, procedimento que faz parte do processo para solicitação do aborto legal. Nessa circunstância, algumas mulheres visualizaram o embrião ou feto e/ou escutaram os batimentos cardiofetais, vivenciando sentimentos ambivalentes relacionados à gravidez e à sua decisão de interrompê-la. Nesse sentido, destaca-se a narrativa de uma entrevistada que atribuiu a vivência desse momento a uma possível atitude proposital do profissional de saúde:

> No dia da Ultrassom, foi péssimo. Porque você vê que tem algo ali. E eu escutei o coração também. [...] Quando eu percebi que era um coração, aí eu chorei. Acho que foi de propósito. Não, não sei se foi de propósito. Mas, da primeira vez, o som estava muito alto. Aí, ele [médico] abaixou. Mas, nas outras duas vezes, o som estava baixo, mas dava pra escutar. [...] Foi horrível. Quando você escuta o coração, é pesado. É uma vida! É uma pessoinha! E por mais que eu tenha certeza do que eu quero fazer, é difícil. Eu saí daqui chorando. Foi difícil pra mim na hora. Foi bastante difícil. [...] É tanto que eu estava supermal pra vir aqui. (Maria Beatriz)

A violência institucional sofrida durante o exame de imagem acarretou sofrimento emocional na entrevistada por entrar diretamente em contato com algo que entendia ser a extensão da violência previamente sofrida. Essa situação desencadeou sentimento de culpa, fazendo-a vivenciar as contradições relacionadas à escolha por interromper a gravidez, uma vez que atribuiu ao embrião o *status* de pessoa.

De acordo com os resultados, as experiências negativas ao longo da rota crítica foram superadas após as pesquisadas receberem aprovação do aborto pela equipe do Núcleo AVS. Salienta-se que a experiência da única entrevistada cuja solicitação do aborto legal foi negada – em virtude de a idade gestacional estar acima do tempo legalmente permitido – também foi relatada como positiva, especialmente pela acolhida e a escuta qualificada da psicóloga.

> Quando eu cheguei [...], eu fiz a ultrassom, trouxe para médica e foi quando a médica falou que eu já não podia fazer [o aborto] [choro]. E, aí, eu entrei em desespero. Fiquei em choque, porque eu não queria levar isso [gravidez] até os nove meses. Eu não queria ficar lembrando. [...] Mas, como eu posso doar [a futura criança], então eu estou mais tranquila, agora que eu conversei com a psicóloga. Antes, eu estava péssima, muito péssima, porque eu não queria ficar olhando, lembrando, vendo a minha barriga. Eu não queria passar por todo esse processo de ter que fazer doação, nem nada disso, porque eu queria esquecer. Eu queria que isso passasse o mais rápido possível. Mas, eu também não queria doar, quer dizer, querer eu queria, mas eu fiquei com dó da criança porque ela não tem culpa. (Maria Helena)

O discurso expõe a particularidade da mulher referente à demora em constatar a gestação, culminando com o desfecho dramático da sua rota crítica. A repulsa pela gravidez e a negação da maternidade nessa circunstância – cujas mudanças corporais representavam uma segunda violação do seu corpo – fizeram ela optar por doar a futura criança, ainda que essa escolha desencadeasse sentimentos contraditórios de compaixão e aversão. Destaca-se que a atuação da psicóloga foi fundamental para a legitimação da sua decisão de efetivar o exercício do seu direito de doar a futura criança para adoção.

Em relação às demais entrevistadas que tiveram o aborto aprovado pela equipe multiprofissional, observou-se que passaram por momentos de ansiedade, incertezas, desinformação e medo durante o período de internação hospitalar. Apesar disso, nenhuma participante recebeu assistência psicológica durante o internamento.

> Fiquei com um pouco de medo porque nunca passei por nenhum procedimento cirúrgico [...]. Eu tive algumas crises de choro, mas, tipo, chorava meia hora e depois passava. Eu fiquei bem mais tranquila do que triste, como eu estava antes. (Maria Clara)

> Eu estava com muito medo. Sei lá, eu estava com medo de perder o controle. Fiquei com medo de dormir e não acordar. Eu pensei que ia ser como um filme de terror [riso nervoso]. (Maria Eduarda)

Para as participantes submetidas ao aborto medicamentoso, a demora em expulsar o feto apresentou-se como mais um potencial de desgaste, fato que pode ser observado no relato de Maria Fernanda:

> [silêncio] Fui ficando nervosa, porque achei que ia ser mais rápido. [...] Via quase todo mundo indo embora e eu aqui, aí, já fui ficando nervosa, me dando um nervoso, achando que não ia dar certo. Eu fiquei com medo de desistir de fazer [o aborto] e eu ter o neném e nascer todo defeituoso por causa da medicação. Não podia voltar para casa do mesmo jeito que eu cheguei. (Maria Fernanda)

O sentimento de medo evidenciado na fala retratou a preocupação de não conseguir a solução esperada ao longo da rota crítica. A angústia relatada adveio do receio da mulher de ser obrigada a dar continuidade à gestação e perpetuar a violência sofrida com o nascimento da futura criança.

Independentemente do tipo de aborto a que foram submetidas, todas as participantes declararam alívio após o procedimento. A maioria revelou que o processo da rota crítica, embora penoso, resultou em empoderamento, além de mudança na visão de mundo, inclusive no que diz respeito à prática abortiva.

> Eu pensava assim: mesmo que fosse de estupro, não deveria tirar a criança, sabe? A pessoa tinha que assumir o filho e cuidar e tal. Mas, quando você tem a experiência, você muda totalmente [pausa]. Você muda de um jeito que você não tem noção. Antes, eu era totalmente contra abortar por causa da minha religião [...], ficava meio brava de ver as notícias, mas a gente não sabe o que a pessoa está passando, [...] só sabe quando a gente passa [pausa]. (Maria Rita)

> Se antes eu já era super a favor, agora eu sou mil vezes mais em todos os sentidos. Procuro ler muito sobre feminismo e eu sempre achei que eu tinha outra cabeça. Mas, quando aconteceu comigo [...], eu me culpei. Eu me senti muito culpada. Mas acho que isso vem da minha família, muito tradicional, religiosa, machista. (Maria Beatriz)

Os resultados desta categoria apontaram o paradoxo de as mulheres terem vivenciado rotas críticas mais sinuosas quando recorreram a diferentes serviços de saúde, o que revela inexistência de rede de atenção a vítimas de violência sexual nos diferentes estados e cidades de procedência. As respostas negativas ao longo

do percurso, traduzidas como potenciais de desgaste nesse processo, desencadearam necessidades em saúde, que possuem intrínseca relação com o processo saúde-doença das mulheres.

5.3.4 Necessidades em saúde suscitadas na busca pelo aborto legal

Nesta categoria são descritas as necessidades em saúde surgidas ao longo da rota crítica, incluindo aquelas relacionadas às respostas obtidas nos diferentes serviços a que as entrevistadas recorreram para solicitar o aborto previsto em lei. O fato de a gravidez ter sido considerada uma extensão da violência sexual fez com que elas traduzissem suas necessidades na demanda por interromper a gestação o quanto antes quando buscaram os serviços de saúde. E, embora não tenham sido questionadas diretamente sobre as necessidades sentidas durante a trajetória que percorreram, as participantes relataram necessidades, na maioria das vezes, não externadas para os profissionais de saúde.

Os dados possibilitaram o surgimento de quatro subcategorias, a saber: “Necessidades relacionadas ao impacto da gravidez no processo saúde-doença das mulheres”; “Necessidades relacionadas ao exercício de cidadania e à autonomia das mulheres”; “Necessidades relacionadas ao acolhimento nos serviços de saúde ao longo da rota crítica” e “Necessidades relacionadas aos processos de produção e reprodução social”.

5.3.4.1 Necessidades relacionadas ao processo saúde-doença das mulheres diante da gravidez indesejada

Sabe-se que a gestação é um fenômeno circunscrito a um corpo biológico que desencadeia necessidades que superam aquelas voltadas à conservação da vida. Quando oriunda de uma violência sexual, a gravidez indesejada e o desejo por interrompê-la suscitam necessidades distintas. Assim, esta subcategoria trata do modo como as participantes tiveram seu processo saúde-doença afetado ao constatar a gravidez e decidirem pelo aborto.

Nos discursos, o sofrimento emocional desencadeado pela notícia da gestação refletiu negativamente na rotina das mulheres, afetando os cuidados com a sua saúde, tornando-as vulneráveis a diversos agravos de ordem física e psicológica.

> Eu chorei muito. [...] Eu fiquei três dias, basicamente, de cama e dizia que eu estava doente, porque eu não tinha reação. Parece que meu mundo acabou. [...] Como eu estava muito ansiosa, eu estava sem apetite nenhum. Eu não conseguia dormir, não conseguia comer, quando eu comia, comia demais e, aí, eu passava mal. (Maria Beatriz)

> Eu estou fumando o dobro de cigarros que eu fumava. Eu já cheguei a fumar duas carteiras de cigarro por dia. Eu nem durmo com vontade de fumar. Eu não durmo direito. [...] Eu fico acordada a noite toda, oscilando o sono, sabe? [...]. Se eu como dá mais vontade de fumar ainda. Estou pensando em nem almoçar, porque dá mais vontade de fumar ainda. Estou sofrendo, acho que por isso. (Maria Fernanda)

A constatação da gravidez acarretou angústia quanto ao seu desfecho, manifestada em ansiedade. Embora nos relatos perceba-se algum entendimento das entrevistadas quanto à integração das dimensões biológicas e psíquicas de um indivíduo, a ansiedade evidenciada nas narrativas foi essencialmente traduzida em necessidades voltadas à conservação da vida, como sono, alimentação e consumo de drogas lícitas, como cigarro.

Contrapondo-se aos relatos anteriores, a dicotomia entre o biológico e o psíquico esteve presente na fala de uma entrevistada que traduziu suas necessidades em uma tristeza profunda.

> De noite eu tenho umas crises que eu fico chorando, que eu me pergunto por que tá acontecendo isso comigo. [...] Eu só consigo me sentir extremamente depressiva, triste, perdida na vida. É como se fosse reflexo de tudo isso, é uma consequência do que aconteceu. [...] Eu tenho até encaminhamento para ir para o psicólogo e psiquiatra com urgência, o médico me deu por causa da situação que eu passei na frente dele, do medo do exame com médicos homens. Eu nem falei nada, ele que percebeu que eu tinha sofrido alguma violência [...]. Eu sei que eu estou precisando de ajuda. Eu sei quando estou precisando de ajuda. (Maria Clara)

A tradução feita por Maria Clara de suas necessidades no campo da saúde mental não esteve vinculada apenas à descoberta da gravidez, mas também à violência sexual que a originou, pois entendia seu sofrimento como reflexo do ato violento. Ao ter legitimada tal necessidade por um médico que a encaminhou para o psicólogo e psiquiatra “com urgência”, sentiu-se amparada por ter reconhecida sua demanda que, mesmo não verbalizada, foi compreendida pelo profissional. No entanto, questiona-se se o encaminhamento feito não teria sido uma forma de

responsabilizar unicamente a mulher por buscar essa assistência, destituindo o serviço da corresponsabilidade de propiciar assistência integral.

Duas entrevistadas, ancoradas em questões de ordem religiosa e espiritual, também configuraram suas necessidades no âmbito da saúde mental. Nesses casos, o suporte psicológico revelou-se importante, porém, curiosamente, as participantes mencionaram precisar desse apoio apenas após a finalização da rota crítica.

> Minha família é muito religiosa, tradicional. [...] Então, eu sei que isso influencia na minha decisão e vai mexer com minha cabeça. Eu não sei como minha cabeça vai ficar depois. Então, eu já vou me preparar para fazer terapia e tudo mais. (Maria Beatriz)

> Decidir isso é muito difícil. Eu não sei que consequências isso vai ter na minha vida, mas eu sei que eu não ia conseguir levar a gestação [a termo]. Acho que vou ter muita consequência moral [pausa prolongada], uma parte bem apelativa e religiosa. Vou precisar voltar para a psicanálise. (Maria Eduarda)

As narrativas apontam para necessidades de conservação da vida, haja vista reconhecerem como fundamental o apoio psicológico para lidar com as marcas invisíveis deixadas pela violência e suas consequências. Apesar de mencionarem estruturas sociais que denotam compreensão da dimensão estrutural da sociedade, enfatizaram a dimensão singular, limitada a cada mulher.

Diante do exposto, constatou-se que a descoberta da gravidez desencadeou necessidades expressas no âmbito biopsíquico. Ainda que algumas entrevistadas tenham referido necessidades que remetem à conservação da vida, a assistência psicológica especializada para lidar com o sofrimento despontou como um potencial de fortalecimento em diferentes momentos da rota crítica, inclusive após a sua finalização.

5.3.4.2 Necessidades relacionadas à autonomia e ao exercício de cidadania das mulheres

Nos discursos das entrevistadas, a rota crítica apresentou-se como um processo no qual as mulheres, ao tomar a decisão de interromper a gravidez, empreendiam comportamentos que remetiam à busca da liberdade e autonomia.

Entre avanços e retrocessos nesses percursos, a motivação desencadeada pela própria violência sexual e gravidez se sobrepunha a quaisquer outros obstáculos.

Na trajetória de algumas mulheres, para o enfrentamento das barreiras, o apoio familiar revelou-se como uma necessidade capaz de fortalecê-las a ir de encontro às normativas sociais hegemônicas que circundam o fenômeno em tela.

> [...] Eu não queria fazer nem a mãe e nem o pai passar por isso, principalmente ela. No começo, ela estava com medo de eu estar mentindo, porque ela pensou que eu conhecia a pessoa [agressor] e eu falei que não, que ela podia confiar em mim. Meu pai já foi mais tranquilo, dizendo que a culpa não foi minha. Ele me surpreendeu muito porque eu pensei que ele fosse me xingar, falar que a culpa foi minha por eu ter insistido ir para tal lugar, mas não. Ele me acolheu e isso me ajudou bastante. [...] E, minha mãe, agora, ela está melhor, está me apoiando mais. (Maria Helena)

> Se eu não tivesse minha prima, o que eu ia fazer? Ela tem um conhecimento diferente, uma cabeça diferente. O noivo dela tem uma cabeça diferente. Nossa, eu vi um outro lado deles, totalmente diferente. O noivo dela ficava me dizendo que ninguém devia me julgar por nada. Isso vindo de um homem, nossa, eu me senti mais confortável do que a minha prima me dar apoio, porque a maioria dos homens que eu conheço tem um pensamento machista, né, mais conservador. (Maria Beatriz)

O suporte emocional referido pelas pesquisadas foi externado como uma necessidade que superou o enfoque dado à conservação da vida. Ao ressaltar com surpresa o apoio recebido de homens do seu contexto familiar, as participantes atribuíram importância à legitimação masculina para sua escolha, reforçando, assim, o androcentrismo presente na sociedade.

Para duas mulheres, as questões relativas à dimensão estrutural da sociedade, como dogmas religiosos, impediram que elas buscassem suporte familiar, desencadeando sentimentos de desamparo e tristeza.

> Minha família é bem conservadora, toda baseada no espiritismo, só que com aquela mente muito conservadora, sabe? Então, eu não tenho como contar para eles, porque apoio eu não vou ter. [pausa] Eles são totalmente contra isso [aborto] até em caso de estupro [choro], então eu não sabia o que fazer. (Maria Clara)

> Eu sou sempre risonha, sempre brinco bastante e eu não estou assim. As pessoas perguntam o que eu tenho e eu respondo “nada”. E eu fico calada. Eu só choro, mas eu choro quieta no meu canto, porque eu não sei como explicar isso para as pessoas. Eu acho que nunca chorei tanto na minha vida. Eu tento me segurar, normal, mas eu não consigo. (Maria Rita)

Outro aspecto evidenciado nos discursos e que esteve relacionado ao exercício de cidadania das mulheres foi o acesso à informação. Nas falas a seguir, percebe-se que a tomada da decisão pelo aborto configurou-se como uma necessidade que

remetia à autonomia e à liberdade de as mulheres decidirem sobre suas vidas e corpos, sendo fundamental para retomada de suas vidas.

> Eu não quero esse filho. Eu não posso ter esse filho. Minha vida já é muito complicada. Então, só pesquisando os métodos ilegais na internet eu fui saber que isso [aborto] é um direito da mulher. (Maria Tereza)

> Não sei, eu não consigo aceitar essa gravidez. [...] Então, eu pesquisei na internet e encontrei esse hospital [Pérola Byington]. Encontrei nos sites que a gente podia vir pra cá, que a gente era acolhida, que fazia consulta com psicólogo também e, se tudo desse certo, podia fazer o procedimento seguramente. (Maria Júlia)

> [...] os dias iam passando, eu não estava lidando bem com essa situação. E aí, sem querer, eu vi no Google uma reportagem e aquilo me chamou atenção. Eu achei interessante, comecei a ler, ler, ler, e fui vendo que eu estava enganada. [...] As pessoas, na verdade, não aplicam a lei, essa é a verdade. (Maria Antônia)

Embora as narrativas reforcem a responsabilização de cada mulher na busca pelo aborto, algumas participantes, diante da possibilidade de este ser um direito garantido por lei, sinalizaram que a estrutura social impõe barreiras que dificultam a efetivação de direitos das mulheres no campo reprodutivo. Tal fato pode ser exemplificado na seguinte fala:

> Eu sei que por lei todo hospital tem que fazer, mas não é assim que acontece. Na real, não acontece isso. Porque o Brasil é um país dominado pela religião. Então, os próprios médicos que deveriam fazer [abortos], eles se recusam. Eles podem alegar que não querem fazer [aborto]. É uma situação difícil. (Maria Luiza)

A experiência de solicitar e realizar aborto legalmente despontou em algumas pesquisadas necessidades que remetiam à empatia e à sororidade. Ao refletir sobre suas trajetórias, elas relativizaram os potenciais de desgastes vivenciados por entender que o suporte recebido tornou essa vivência menos penosa, quando comparadas a outras mulheres que não tiveram esse apoio. Assim, algumas entrevistadas tiveram a autoestima fortalecida e cogitaram a possibilidade de, futuramente, encorajar outras mulheres que vivenciassem a mesma situação a buscar autonomia.

> Tinha uma outra menina aqui. Eu achei anormal ela está sozinha, sem ninguém. Eu acho que ela se sentiu muito mal quando viu que eu estava acompanhada da minha mãe e ela estava aqui sozinha Eu tenho muita sorte. Eu não aguentei ver essas meninas aqui sozinhas. Eu não consigo sentir só as minhas coisas, eu sinto as dos outros também. Quanta gente ainda vai engravidar de estupro? [silêncio] É uma dor muito grande [...]. Sem apoio, não imagino como deve ser difícil. Quando eu melhorar disso

> tudo, quero ajudar outras meninas que passam essas coisas. (Maria Eduarda)

> Queria muito participar de uma causa assim, sabe? Na minha cidade tem muitas meninas [...] que criaram, na faculdade, um coletivo feminista. Então, elas sempre abordam um tema a cada mês, assim. Daí, acho que até quero participar agora. Se em algum momento me sentir confortável também para falar sobre o que aconteceu... Porque acho que é importante. Porque eu penso que moro numa cidade que não é tão pequena assim e essa questão [aborto] não é tratada. (Maria Beatriz)

Os resultados apontam a rede de apoio e o acesso à informação no processo da rota crítica como necessidades em saúde vinculadas à autonomia, dado que possibilitaram suporte subjetivo e material para tomada de decisão pelo aborto e posterior ressignificação da experiência vivida. Assim, permitiram a instrumentalização das mulheres na busca pelo exercício da cidadania.

5.3.4.3 Necessidades relacionadas aos processos de produção e reprodução social

A particularidade das participantes deste estudo de residirem fora do município de São Paulo desencadeou necessidades voltadas especificamente aos processos de produção e reprodução social. A produção social concretizada no trabalho remunerado acarretou receio de perda de emprego, visto dificultar a busca por um serviço capaz de responder favoravelmente à demanda de interromper a gravidez. Contudo, a urgência em solucionar a situação problema fez as mulheres assumirem o risco, ainda que sofressem consequências e opressão.

> Essa semana toda eu não estou indo trabalhar. Aí, marcaram consulta para segunda e eu nem sei como fazer porque eu não posso faltar no serviço na segunda. Fico aqui preocupada com medo de perder o emprego [...]. Posso falar que vim para São Paulo fazer um exame de um cisto e aí resolveram operar porque estava mais grave. [...] É porque eu não trabalho registrado [carteira assinada], por isso eu tenho medo de me dispensarem, sabe? (Maria Fernanda)

> Eu perdi um emprego para poder vir para cá. Eu tinha um emprego garantido para começar no início do mês e o chefe queria me encontrar para conversar e ter uma reunião essa semana e eu falei que não podia, que eu ia cuidar da minha saúde essa semana e que não podia contar o motivo pra ele [chefe], mas que eu ia resolver em uma semana. E ai ele disse que não podia ter na equipe uma pessoa que tinha um problema de saúde e que ele não sabia o que era, pela insegurança. E eu perdi essa vaga [de emprego] que eu estava precisando muito. (Maria Clara)

Embora os relatos mostrem duas situações distintas, apontam as dificuldades das mulheres de conciliar as atividades laborais com a rota crítica, evidenciando a fragilidade das relações de trabalho, no contexto do capitalismo. A precarização do trabalho revelada por Maria Fernanda a tornou ainda mais vulnerável à demissão diante da necessidade de se ausentar para buscar por atendimento, enquanto Maria Clara teve sua vaga de emprego negada por não revelar sua real condição de saúde ao empregador. Constatou-se ainda a vergonha de verbalizar o real motivo para buscar assistência médica, apontando – e reafirmando – o medo de julgamento moral e a dupla culpabilização da mulher pela violência sexual e pela decisão de abortar.

Para algumas entrevistadas, a questão financeira representou um elemento inibidor na busca do aborto, já que poderia destituí-las da possibilidade de custear a viagem até um serviço capaz de responder a tal demanda.

> Eu tive que conseguir um dinheiro emprestado. Estou devendo até minha alma para vir aqui atrás de ajuda. (Maria Clara)

> É muito complicado. Se tivesse um hospital lá, se tivesse um amparo lá na minha cidade, eu não precisava ter vindo para cá, gastar um dinheiro que eu não tinha. Tive que pedir emprestado para poder vir. Entendeu? É horrível. Não tinha que ser assim, né? Mas a lei no Brasil pra mulher é só no papel. (Maria Luiza)

As falas revelam significados associados à responsabilização exclusiva das mulheres em buscar vias legais para interromper a gravidez oriunda de estupro. Ao criticar a ideia de centrar na mulher a responsabilidade de enfrentar sozinha o problema em questão, Maria Luiza revela entendimento quanto aos serviços de saúde assumirem sua parcela de responsabilidade, já instituída na legislação, no que diz respeito ao aborto.

Em relação à reprodução social, algumas entrevistadas apontaram o cotidiano de cuidado com os filhos como uma preocupação a mais no processo da rota crítica. As mulheres relataram sentimento de culpa, seja por não conseguirem cuidar da prole como acreditavam que deveriam ou por precisarem se ausentar de casa para efetivar a interrupção da gravidez.

> Eu me sinto até culpada porque eu tenho que cuidar do meu filho também. Nós estamos fazendo uma investigação para ver se ele tem autismo, um grau leve, mas tem. Então, eu preciso me dedicar a ele e, nessa situação, eu não estou conseguindo. (Maria Tereza)

> Eu deixei meus filhos lá na minha cidade com uma vizinha minha, porque meus pais não moram na mesma cidade [silêncio] e eu nunca deixei eles, assim, é a primeira vez. Já estava pensando como que eu ia fazer para voltar para cá. Porque o pai dos meus filhos, Nossa, ele já falou um tanto de coisa para mim por ter deixado eles lá com a vizinha por dois dias, imagina o que eu ia ter que falar para ele se eu tivesse que voltar em outro dia? (Maria Júlia)

Os discursos apresentam uma visão que reforça a estrutura social acerca dos papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade, sendo a maternidade supervalorizada. Ao entender não estar exercendo plenamente esse papel, as participantes culpabilizaram a si mesmas por terem se colocado em primeiro plano, ainda que para solucionar algo de grande impacto na sua vida.

Destaca-se a fala de Maria Júlia que expõe esse sentimento associando-o à relação de poder entre homens e mulheres, ao pontuar as críticas proferidas pelo ex-companheiro quando precisou delegar os cuidados aos filhos para terceiros, reforçando a subalternidade de gênero e a ideia de a responsabilização dos cuidados com os filhos ser exclusiva das mulheres.

Os dados revelaram que o processo de rota crítica provocou necessidades relacionadas ao trabalho, à situação financeira e aos cuidados com os filhos, os quais possuem estreita relação com autodeterminação e liberdade das mulheres.

5.3.4.4 Necessidades relacionadas ao acolhimento nos serviços de saúde ao longo da rota crítica

De maneira explícita ou nas entrelinhas dos discursos, o acolhimento por parte dos profissionais surgiu como uma necessidade em saúde primaz para as entrevistadas, ao longo da sua trajetória na busca pelo aborto legal. A urgência em interromper a gravidez antes de se tornar fisicamente visível foi expressa como uma necessidade que remete a um atendimento resolutivo cuja resposta ofertada fosse direta e específica.

> Eu ia praticamente toda terça e quarta para lá. Eles pediam um novo beta-HCG, novo ultrassom, passava na psicóloga, passava na ginecologista. [...] Eu já estava cansada de explicar toda a situação. Toda vez que eu ia era um médico novo e eu tinha que explicar tudo de novo. Eles não tinham prontuário. Eu passava cada vez por um médico diferente. Sempre pelos mesmos procedimentos, mas com pessoas diferentes [pausa]. (Maria Eduarda)

> Eles estavam me passando, jogando, jogando, até alguém conseguir resolver. Foi isso que eu senti. Vendo agora, isso foi péssimo, porque eles poderiam ter falado para vir direto para o [Hospital] Pérola, não precisava ter me feito passar por umas cinco, seis pessoas lá. Eu viria. Daria um jeito e viria. (Maria Tereza)

A morosidade para oferecer resolução às demandas das entrevistadas acarretou exposição de sua intimidade no contexto dos serviços de saúde, visto precisarem verbalizar diversas vezes sua condição de vítimas de estupro. O fato de não haver um instrumento, como prontuário, para registrar as demandas das pesquisadas exigiu que elas relatassem várias vezes sua história para diferentes profissionais, causando desconforto e constrangimento. Ainda, surgiu nas entrelinhas das narrativas o receio das sanções de gênero a que estão sujeitas as mulheres, caso a violência sexual e a gravidez decorrente dela se tornem de conhecimento público.

> Porque lá na minha cidade, por ser interior, não sei, principalmente em relação a isso de estupro, as pessoas te julgam muito, sabe? O povo é muito preconceituoso. E, se eu contasse no hospital era capaz daquilo se espalhar e ainda pegar má fama. (Maria Clara)

> Eu não queria que ninguém soubesse. Quase nunca saio de casa. Sempre estou com meus pais. Por isso não fui no posto de saúde para fazer exame de gravidez. Porque, se eu fosse, minha mãe ia saber. Então, não procurei nada, só fiquei quieta e guardei para mim. (Maria Helena)

O receio das participantes de serem culpabilizadas pela violência sexual sofrida por profissionais de saúde reitera o que já foi mencionado em categorias anteriores. Ainda, aponta dificuldades da criação de canais de comunicação no âmbito dos serviços – independentemente do nível de assistência – quando as demandas englobam temas complexos e tabus existentes na sociedade.

A fala a seguir ilustra o quão dificultoso pode ser o acolhimento pautado no sigilo profissional. Ao relatar o diálogo com uma assistente social, a entrevistada revela a postura inquisidora e julgadora da profissional, embasada em uma visão estereotipada das relações entre mulheres e homens, reforçando a submissão feminina e a cultura do estupro presente na sociedade.

> Na cidade onde eu moro é muito complicado. Todo mundo conhece todo mundo e não tem muito sigilo, porque desde a moça da recepção até a assistente social, que já mora num bairro próximo e congrega na mesma igreja, ficam sabendo. Aí, uma coisa que é para ser tratada com sigilo, uma conta para outra e espalha. Quando eu perguntei como é que era tratada as vítimas de abuso que estavam gestantes, a assistente social começou a me fazer perguntas: como é que tinha sido, aonde tinha sido. Aí, quando eu

> falei que era do meu ex-namorado, ela já ficou “Ah, mas ele era seu ex-namorado? Ah, mas você ficou com ele? Você amava ele? Como você vai fazer agora? Você quer tirar? Aconteceu porque tinha que acontecer. Foi da vontade de Deus”. Ficou me julgando, entendeu? Como se isso não existisse. Tanta mulher casada passa por isso por anos. Eu ainda estava com o braço roxo [aumenta o tom de voz]! Eu acredito que quem trabalha na área da saúde não pode pensar assim. E, se pensar, não pode falar assim. (Maria Luiza)

A crítica de Maria Luiza volta-se para a precarização do acolhimento e a postura da profissional que extinguiu qualquer possibilidade de comunicação afetiva capaz de permitir uma escuta qualificada. Ao não ter sua violência reconhecida e, consequentemente, não obter uma resposta específica, constatou-se a desresponsabilização do serviço, que deixou ao seu encargo o enfrentamento do problema.

Diferentemente dessas experiências, a chegada ao Hospital Pérola Byington possibilitou à maioria das entrevistadas uma assistência pautada em uma escuta qualificada que as levou a uma resposta efetiva para a principal demanda: a interrupção da gravidez. Entretanto, em alguns relatos, chama atenção que a aprovação do aborto suscitou novas necessidades que remeteram à escassez de informações relacionadas ao procedimento em si.

> Fiquei com um pouco de medo porque nunca passei por nenhum procedimento cirúrgico, nem nada. Não sabia muito bem como ia ser. (Maria Clara)

> Estava com medo. Eu nunca tinha feito nenhuma cirurgia. Não sabia como acontecia o procedimento, então, fiquei imaginando um monte de bisturis, sei lá. (Maria Eduarda)

> Eu não sei como funciona isso. A médica falou que, por causa do mioma, fica difícil de aspirar e pode me machucar, ter hemorragia, essas coisas. E disse também que tenho o útero grande. Então fico preocupada de não dar certo de fazer o procedimento. (Maria Rita)

A ausência de informações sobre procedimento ao qual as participantes seriam submetidas, bem como a abordagem pautada em linguagem técnica, tornou a comunicação pouco efetiva, gerando lacunas no acolhimento. Evidenciou-se que o acesso à informação aparece como uma necessidade constante nas falas, vinculada ao empoderamento das mulheres ao reafirmar sua autonomia enquanto sujeitos de direitos. Os resultados revelaram que as necessidades sentidas e externadas pelas participantes, que remetiam ao acolhimento, atrelaram-se principalmente às necessidades propriamente humanas.

Discussão

6 DISCUSSÃO

A compreensão dos fenômenos na perspectiva de gênero possibilita o entendimento das desigualdades sociais que impactam negativamente o processo saúde-doença de cada sujeito a partir do sexo social. A estrutura social, amparada pela ideologia dominante patriarcal, estabelece que as relações entre homens e mulheres sejam permeadas pelo poder masculino, colocando as mulheres em uma posição de subalternidade que afeta diretamente seu processo de produção e reprodução social (Fonseca, 2005).

Sob esse prisma, reconhece-se a violência sexual como a máxima expressão do exercício de poder entre os gêneros, traduzida pela imposição do homem sobre a mulher à condição de objeto do seu desejo, subordinando-a à vontade dele e desconsiderando o seu direito de escolha. Nesse contexto, a ideia de consentimento inexiste, porque nela está imbricada a concepção de o poder ser desfrutado igualmente por ambas as partes (Saffioti, 1987; 2004).

O vínculo entre sexualidade e poder se caracteriza por meio da posse sexual que assegura o poder de dominação sobre o outro. Além disso, também significa enganar e abusar utilizando esse mesmo poder (Bourdieu, 2017). No presente estudo, as entrevistadas foram submetidas à imposição de poder pelos agressores, que utilizaram diferentes meios para dominá-las sexualmente, reduzindo-as a meros objetos de apropriação para satisfazer seus desejos sexuais.

O fato de a maioria das participantes ter sido violentada por homens desconhecidos ou não identificáveis – nos casos de estupro de vulnerável – poderia incluí-las em um contexto cujos eventos tendem a ser valorizados e criminalizados pelo senso comum, considerando o comportamento sexual desviante do agressor. No entanto, de acordo com Engels (2017), existe um leque de condições socialmente estabelecidas para que essa situação seja compreendida como crime, destacando-se o grau de violência aplicada e a reação da vítima, assim como a idade, o corpo, o comportamento e até as vestes usadas pela mulher são consideradas para legitimar o evento violento.

Essa realidade baseia-se na lógica sexista da cultura do estupro, na qual existe um universo de símbolos e práticas que justificam a violência sexual contra as mulheres, naturalizando o ato violento e culpabilizando as vítimas. Nesse cenário, a

ideia de consentimento apresenta-se maleável, uma vez que a resistência às investidas do polo dominador é tida como parte de um jogo de sedução. Da mesma forma, a postura da vítima pode ser interpretada como provocação, capaz de despertar no homem um desejo incontrolável de satisfazer suas necessidades sexuais (Engels, 2017; Souza, 2017).

Desse modo, a cultura do estupro reflete as desigualdades de gênero presentes na sociedade. Ao mesmo tempo em que valoriza o comportamento sexual masculino agressivo e coercitivo, enaltece os papéis sociais historicamente atribuídos às mulheres que as colocam em posição submissa, tornando-as mais propensas a serem vítimas de violência sexual. Pode-se dizer, portanto, que a cultura do estupro reforça e é reforçada pelas concepções de gênero.

Por todas essas questões, compreende-se que o silenciamento da maioria das participantes acerca da violência sexual associou-se aos sentimentos de vergonha e autoculpa, bem como ao receio de julgamento e culpabilização de outrem, corroborando resultados de outra pesquisa (Machado et al., 2015). O silêncio está imbrincado na simbologia do feminino e no valor atribuído à sexualidade na sociedade machista. Essa valoração, que perpassa o comportamento estereotipado e desgenerificado das mulheres, leva ao entendimento de que elas devem assumir a responsabilidade de se protegerem, não se expondo a situações vulneráveis, a fim de evitar episódios de violência (Frías, 2018).

Assim, barreiras individuais e culturais impediram as pesquisadas de procurarem atendimento em delegacias por receio de os profissionais não reconhecerem a veracidade das suas histórias. Entende-se que o movimento de busca por esse tipo de atendimento guarda relação com o reconhecimento das mulheres como vítimas de estupro. Para alguns autores, a não busca por assistência após a violência sexual apresenta-se como um mecanismo de defesa, sobretudo entre as mulheres que não foram vítimas de um estupro estereotipado. Nessas situações, está incutida a ideia de que tal experiência não se qualifica para solicitar ajuda e, portanto, os profissionais não acreditariam na versão relatada (Patterson, Greeson, Campbell, 2009).

Corroborando os resultados do estudo em tela, a literatura internacional constata que vítimas de estupro, em geral, não buscam ajuda na sua rede de apoio e/ou em instituições de saúde e segurança por vários motivos. A proximidade com o agressor e o medo de ameaças, os sentimentos de vergonha e culpa, o temor de

serem desacreditadas e revitimizadas, a falta de confiança nas autoridades, o desconhecimento sobre onde denunciar ou, ainda, por considerarem a denúncia uma perda de tempo são razões para as mulheres optarem pelo silêncio e pela reclusão após a violência (Patterson, Greeson, Campbell, 2009; Bicanic et al., 2015; Frías, 2018; Frías; Ríos-Cázares, 2019).

Os resultados desta pesquisa evidenciaram uma visão restritiva das participantes sobre a violência sexual ser um fenômeno apenas do âmbito jurídico e criminal. Entretanto, isso não as levou a denunciar o crime e realizar BO em delegacias, fato justificado pelo receio de não serem bem acolhidas nesses serviços.

Essa concepção, presente no senso comum, foi confirmada em estudo que avaliou as condições de funcionamento das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres em todo o território nacional. Constatou-se despreparo por parte dos profissionais em atender as vítimas de violência sexual, fato considerado a principal barreira para o acolhimento. Isso porque, na maioria das delegacias, não havia local reservado para as mulheres relatarem, com discrição, a violência sofrida (Osis, Pádua, Faúndes, 2013). Quanto aos serviços de saúde, não foram citados pelas participantes como possíveis espaços de acolhimento após a violência sexual, seja por desconhecimento ou por receio similar acerca do acolhimento precário.

Pesquisa realizada no México constatou que, de 73.000 mulheres vítimas de estupro, apenas 19,1% procuraram atendimento em alguma instituição pública e menos de 1% buscou serviços de saúde após o episódio de violência. A descrença nas instituições foi um elemento determinante para as mulheres não buscarem assistência (Frías, Ríos-Cázares, 2019).

Sabe-se que a ausência de assistência após o estupro aumenta a vulnerabilidade de mulheres a diversos agravos de ordem física e psíquica, dentre os quais se destaca a associação entre violência sexual e altos índices de TEPT. Ainda, ressalta-se a insatisfação sexual, ausência de prazer, medo e dor durante o ato sexual, que podem perdurar por anos (Souza et al., 2012). Coaduna-se a esses dados o fato de algumas pesquisadas que relataram episódios pregressos de violência sexual terem externado a não superação das violências anteriores, o que dificultava o estabelecimento de novos vínculos afetivos e sexuais por receio de revitimização.

Os dados também apontaram a vivência de situações de violência sexual anteriores ainda na infância e na adolescência, revelando que as iniquidades de

gênero determinam vulnerabilidade para esse tipo de violência em diferentes idades. No contexto da infância e da adolescência, coexistem a subalternidade de gênero e geração, uma vez que os comportamentos de meninos e meninas são influenciados pelos estereótipos de gênero, ao mesmo tempo em que as características inerentes a essa fase da vida são moralmente julgadas, sobretudo acerca das relações afetivo-sexuais que se iniciam nessa fase (Lourenço, 2018). Desse modo, a aquisição de autonomia e consequente integração em grupos sociais de pares tem sido relacionada a uma maior vulnerabilidade para violência sexual entre os adolescentes (Sena, Silva, Falbo Neto, 2018).

Tratando-se da vulnerabilidade à gravidez indesejada após a violência e sua associação com a falta de assistência em saúde, um estudo transversal, realizado no estado de Santa Catarina, Brasil, ao analisar 1.230 notificações de violência sexual, inseridas no SINAN, constatou que a assistência recebida em até 72 horas após o estupro, com oferta de AE, preveniu a gestação em 84% dos casos (Delziovo et al., 2018). Porém, longe das estatísticas oficiais, encontram-se mulheres violentadas que, por desconhecimento ou desejo de não tornar a violência um evento público, tomaram para si a responsabilidade de prevenir a gestação, adquirindo o AE em farmácias, como as participantes desta pesquisa.

Nesse cenário, as farmácias surgem como espaço de maior acessibilidade para as mulheres, principalmente as mais jovens, atenderem a algumas necessidades que surgem imediatamente após a violência sexual – como a prevenção de gravidez indesejada – com a máxima confidencialidade. Entretanto, esse tipo de intervenção previne apenas uma das consequências decorrentes do estupro, acarretando lacunas na assistência integral às vítimas (Munro et al., 2015).

Se o julgamento social impõe barreiras para as vítimas de estupro buscarem assistência, é compreensível que as participantes vitimadas por seus ex-parceiros tenham optado silenciar as agressões. Nesses casos, a ruptura do relacionamento abusivo foi o gatilho para os homens, ao se sentirem rejeitados, reagirem negativamente, punindo-as por meio da violência física e sexual. Essa manifestação violenta foi interpretada pelas entrevistadas como uma vingança que marcou negativamente seu corpo e sua vida ao ousar experienciar a autonomia, libertando-se das amarras de uma relação tóxica.

No contexto de uma relação estável, a linha tênue entre ato sexual e estupro impede, em muitos momentos, as próprias mulheres de se reconhecerem como

vítimas. Quando uma mulher relata violência sexual por parte de seu ex-parceiro, causa estranhamento e desconfiança nos profissionais, pois há naturalização da violência sexual no matrimônio, visto ser legitimada tanto pelo âmbito religioso quanto civil. Ainda, existe a concepção de ser papel da mulher satisfazer sexualmente o marido, o qual tem direito a ter relações sexuais com a esposa, mesmo contra sua vontade (Sousa, 2017).

Concordando com esse pensamento, pesquisa realizada por Dantas-Berberr e Giffin (2005) revela a invisibilidade do estupro matrimonial, haja vista o sexo vaginal forçado ser naturalizado no âmbito da relação conjugal por ser compreendido como parte das obrigações conjugais femininas. Apesar de constante, o sexo sob resistência das mulheres não é considerado violência, ratificando a concepção do poder simbólico nas relações entre os gêneros.

Essa realidade coaduna-se com a concepção da dominação masculina, historicamente reproduzida pelas instituições, Igreja, Escola e Estado, que naturalizam as relações de dominação entre homens e mulheres. Essas relações, embasadas no que é estipulado pela ordem social, utilizam uma força simbólica que exerce poder diretamente sobre os corpos femininos, sem uso de força física, fazendo as mulheres – o polo dominado – se submeterem à dominação masculina, paradoxalmente, de maneira espontânea e extorquida (Bourdieu, 2017).

As estruturas sociais que estabelecem a desigualdade de poder entre os gêneros, por reforçar a concepção de inferioridade do feminino, possibilitam a compreensão do sentimento de posse dos homens sobre as mulheres e seus corpos. Assim, uma vez objetificada, a mulher deve manter-se submissa, podendo ser punida violentamente caso tente romper tal hierarquia (Pasinato et al., 2016).

No estudo em tela, destacou-se o número de pesquisadas que revelaram ter sido estuprada sob efeito de alguma droga, consumida sem seu conhecimento. Inconscientes para discernir sobre a situação ou se defenderem dos atos violentos, as mulheres foram resumidas a corpos objetificados – alvos do desejo masculino –, tendo anulada sua autonomia.

Essa forma depreciativa e humilhante que subjuga as mulheres por serem mulheres ultrapassa o intercurso sexual, visto perpassar pelo imaginário dos corpos femininos marcados por diferenças de gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade, religião, atuando de diversas formas para, seletivamente, reconhecer (ou não) as mulheres como sujeitos de direitos (Beleli, 2016)

As literaturas nacionais e internacionais discutem a associação do consumo de álcool e drogas com a violência sexual. Pesquisa epidemiológica realizada no Brasil, utilizando dados do Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II), com uma amostra com 4.283 participantes – sendo 1.918 homens e 2.365 mulheres – mostrou que a prevalência estimada de estupro no país é de 2,6%, sendo 1,7% entre homens e 3,5% entre mulheres. Esse tipo de violência acontece mais frequentemente entre indivíduos solteiros, com idade entre 26 e 59 anos e menor escolaridade. Dos respondentes, 6,0% daqueles que declararam ter transtorno por uso de álcool relataram ter sido vítimas de estupro e 3,3% daqueles que revelaram beber bastante em um intervalo de tempo de duas horas dobraram a possibilidade de serem vitimados, independentemente de serem homens ou mulheres (Massaro et al., 2018).

Em relação à associação entre álcool e outras drogas, estudo desenvolvido na Costa Rica com uma amostra de 272 relatórios de análise forense evidenciou que 14% das mulheres consumiram, secretamente, alguma droga incapacitante administrada pelo agressor antes de ele cometer o estupro. E 25% das vítimas ingeriram alguma droga por desejo próprio, tornando-se incapazes de se defender de qualquer violação (Cerdas et al., 2014).

Uma revisão de literatura constatou que, na Austrália, Canadá, Estados Unidos e Noruega, as drogas mais associadas secretamente ao álcool por agressores para tornar a vítima incapaz de consentir ou negar o ato sexual são as anfetaminas, os benzodiazepínicos e o *canabbis* (Grela, Gautam, Cole, 2018).

Independente das circunstâncias que culminaram na violência sexual, cada mulher elaborou sanções morais sobre suas atitudes, acreditando ter provocado o agressor e, portanto, assumindo a parcela de culpa que a sociedade lhe impõe. Em se tratando de violência sexual, percebeu-se que autonomia e impotência estão em polos opostos dessa experiência, na qual a mulher é anulada e subjugada por seu algoz, ao passo que é responsabilizada pela sociedade por ter sido violentada. Essa responsabilização social, alicerçada em estereótipos de gênero, amplia-se diante de consequências como a gravidez indesejada.

Considerando a metodologia da rota crítica que inspirou este estudo, os resultados revelaram que a confirmação da gravidez acarretou sentimentos negativos e insegurança nas pesquisadas quanto ao seu desfecho. A própria gestação foi o elemento motivador interno prioritário para as mulheres enfrentarem

sentimentos de culpa e vergonha, decidirem romper o silêncio e irem em busca de ajuda, seja da sua rede de apoio, de profissionais de saúde de sua confiança ou de serviços de saúde vinculados ao SUS.

Entre a suspeita e a descoberta da gravidez, as entrevistadas vivenciaram negação, protelando ao máximo confirmar a gestação, mesmo diante de sinais e sintomas característicos. A realização de vários exames comprobatórios fez parte do início da rota crítica, o que guarda relação com a incredulidade vivenciada pelas mulheres diante da consequência do estupro que desejavam esquecer.

Pesquisa com o objetivo de analisar o processo de decisão do aborto provocado evidenciou que, diante da possibilidade de uma gravidez indesejada em curso, as mulheres buscam mecanismos para negar seus sintomas. Assim, recorrem a diversos meios para confirmar sua condição gravídica, como realização de inúmeros testes de farmácia e exames laboratoriais (Santos, Brito, 2014).

Entende-se que reconhecer a gravidez em curso obrigava as entrevistadas a tomar decisões e atitudes para evitar que ela e, consequentemente, a violência sexual fossem anunciadas. O forte sentimento de rejeição advindo do vínculo da gravidez com a violência sexual e com a violação dos direitos humanos das mulheres foi o elemento motivador interno que levou as participantes a decidir imediatamente pelo aborto, fato que corrobora resultados de outros estudos (Perry et al., 2015; Machado et al., 2015; Nunes, Morais, 2016).

Apesar da prontidão na tomada de decisão pelo aborto, os discursos revelaram sentimentos ambivalentes. Se, por um lado, as pesquisadas sentiam repulsa e rejeitavam veementemente a gestação, inclusive negando-a, por outro, reconheciam a existência de uma *vida*, desencadeando preocupações quanto ao estabelecimento de vínculos de afetividade com a futura criança. Acreditavam, inclusive, que isso dificultaria o cuidado, caso não conseguissem efetivar o aborto. Esse argumento, utilizado como um dos motivos para as mulheres decidirem interromper a gravidez, revelou as questões de gênero subjacentes nos discursos, uma vez que a escolha pelo aborto esbarrava na construção histórica e social dos papéis das mulheres na sociedade, que atribui ao feminino a maternidade, reproduzida nas narrativas como um símbolo sagrado, social e culturalmente estabelecido.

De acordo com Badinter (1985), na história da humanidade, foi a partir do século XIX que a maternidade passou a ser concebida como gratificante, repleta de ideais amparados em concepções religiosas que reconheciam o papel materno

como vocação ou sacrifício, destacando, ainda, a nobreza e a santificação da mulher ao tornar-se mãe. Nesse período, a maternidade tornou-se uma função social feminina cujas obrigações de criação e educação da prole foram atribuídas às mulheres, sendo a autoridade paterna transferida para o novo modelo de maternidade, embasada na ideia do amor materno.

Embora circunscrita a corpo biológico, a maternidade apresenta-se como um fenômeno social, repercutindo significativamente na vida das mulheres por sua dimensão simbólica, ideológica, emocional, religiosa, política e econômica, desencadeando bônus e ônus para quem a vivencia. Dentre os ônus destacam-se problemas de ordem física, emocional, econômica e política, os quais impelem as mulheres a encontrar maneiras para impedir a concepção ou interromper uma gravidez quando o momento não é apropriado ou não desejam se tornar mães (Rodrigues, 2008).

Em se tratando de uma gravidez oriunda de estupro, é compreensível que as mulheres se sintam novamente violentadas e não desejem arcar com o ônus imputado socialmente à maternidade. Assim, enfrentam seus próprios preceitos morais para buscar auxílio em serviços de saúde para abortar, entretanto não o fazem sem julgarem a si mesmas por essa escolha (Lima, Larocca, Nascimento, 2019), ainda que se reconheçam vítimas de uma violência, conforme constatado nos discursos de algumas pesquisadas.

A escolha pelo aborto, na concepção de Biroli (2016), é uma decisão individual de caráter moral, uma vez que uma gama de valores é acionada para justificar a decisão das mulheres em manter ou não uma gestação indesejada. No entanto, isso não significa que o direito ao aborto possua caráter moral, haja vista esse fenômeno estar vinculado aos direitos individuais e, portanto, possuir caráter político, relacionado ao direito das mulheres de decidir sobre seus próprios corpos.

Embora exista uma concessão moral para as mulheres interromperem a gravidez oriunda de estupro, nessas situações, é possível que a narrativa da violência gere desconfiança, assim como levante suspeitas sobre a conduta moral das vítimas. Apesar das condenações morais, sociais e culturais existentes para as mulheres que optam por interromper a gestação, esses elementos não tiveram força suficiente para impedir as entrevistadas de tomarem suas decisões, uma vez que não superaram a motivação suscitada pela violência sexual. Desse modo, os discursos mostraram a elaboração de novos significados para a gravidez em curso,

nos quais as participantes dividem seus argumentos em polos antagônicos como “certo” e “errado”, “vida” e “morte”, “religião” e “ciência”, “benção” e “castigo”. Se, por um lado, esses polos condenam as mulheres por decidir abortar, por outro, justificam o aborto como um exercício de autonomia, que lhes fora negada na ocasião da violência.

No início do processo da rota crítica, a maioria das entrevistadas tinha pouco ou nenhum conhecimento sobre a possibilidade de realizar aborto por via legal, o que as fez considerar recorrer à clandestinidade, corroborando, assim, dados de outros estudos sobre a temática (Machado et al., 2015; Brack, Rochat, Bernal, 2017).

A desinformação sobre a possibilidade de realizar aborto por vias legais foi evidenciada em pesquisa qualitativa realizada em Bogotá, Colômbia, como uma barreira para as mulheres acessarem os serviços de saúde. De modo geral, as informações sobre esse direito foram obtidas em contato com amigos, professores, psicólogos ou em buscas na internet. Contudo, essas informações nem sempre foram precisas (De Piñeres et al., 2017).

De acordo com a OMS (2013b), o desconhecimento sobre a legislação relativa ao aborto influencia sobremaneira o acesso aos serviços de saúde que realizam esse tipo de procedimento. A escassez de informações, associada ao medo de burlar leis, desencadeia um efeito inibidor na busca por assistência à saúde, aumentando as chances de um aborto clandestino.

Revisão sistemática da literatura constatou que, em geral, as mulheres, independentemente da classe social, possuem limitado conhecimento sobre aborto e seus fundamentos legais, mesmo em países cuja legislação é favorável há tempos. Ainda, em locais onde há leis restritivas para o aborto, a estigmatização acarreta menor disposição dos profissionais de saúde para compreender os fundamentos legais que embasam o procedimento, dificultando o acesso das mulheres que têm direito de interromper a gravidez de modo legal e seguro (Assifi et al., 2016).

Apesar da desinformação e do medo suscitado – elementos inibidores presentes em todas as narrativas –, percebeu-se que os elementos motivadores internos e externos para interromper a gravidez interagiram incentivando as pesquisadas a driblar os obstáculos em busca de informações sobre como realizar o aborto. Nesse momento, algumas mulheres acionaram a rede de apoio visando obter suporte emocional e informações sobre os meios para efetivar o aborto. Essa

conduta reafirma o que Diniz e Medeiros (2012) definiram como “cultura do aborto”, na qual ocorre uma rápida articulação das mulheres com outras mulheres, familiares, parceiros e/ou profissionais de saúde a fim de compartilhar informações sobre estratégias abortivas, sendo esse conhecimento passado por gerações.

Ao acionar pessoas de confiança, as pesquisadas transpuseram a vergonha e enfrentaram o estigma da vítima de violência sexual e da prática abortiva. Esse contato foi fundamental no processo da rota crítica, já que a empatia gerada nessas relações se revelou como um potencial de fortalecimento, visto ter imbuído as entrevistadas de coragem em diversos momentos. Foi, portanto, um elemento motivador externo de grande significado para elas.

Independente das informações repassadas pela rede acionada pelas mulheres, todas as participantes buscaram validar o conhecimento em sítios da internet, ou seja, acionando uma rede de suporte virtual. Para aquelas que buscavam métodos ilegais para interromper a gravidez, descobrir que o aborto é legalmente permitido em situação de estupro surgiu como uma novidade no itinerário abortivo, estabelecendo novas possibilidades. Devido à sua ampla divulgação e alcance, a internet, embora seja um espaço que oferece riscos, apresenta-se como uma estratégia que permite liberdade e privacidade para as mulheres buscarem informações sobre algo socialmente estigmatizado como o aborto (Duarte, Moraes, Andrade, 2018).

O uso da internet para essa finalidade tem sido comumente utilizado nos Estados Unidos da América, conforme evidenciou estudo desenvolvido com 1.235 participantes – dos quais 95,9% eram mulheres e, dessas, 79% tinham menos de 25 anos. Os resultados revelaram que a maioria recorreu a sítios de busca por desconhecer a legalidade do aborto no seu estado ou por não saber da existência de serviços de saúde destinados para esse tipo de atendimento na região. Para os autores, esses dados sugerem que as pessoas não possuem conhecimento sobre aborto até serem confrontadas com uma gravidez indesejada (Jerman, Onda, Jones, 2018).

Na presente pesquisa, a busca na internet possibilitou às pesquisadas conhecerem o Hospital Pérola Byington, referência no atendimento às vítimas de violência sexual, levando-as a procurar serviços similares na sua cidade ou região. Contudo, a escassez de informações sobre esses serviços as fez ir a São Paulo, denotando uma postura de autoproteção e cuidado, pois, ao invés de recorrer à

clandestinidade, insistiram em efetivar direitos garantidos por lei, apesar dos desgastes impostos pelos obstáculos que tiveram que enfrentar.

Estudo realizado por Madeiro e Diniz (2016) revelou maior disponibilidade de serviços para atender vítimas de violência sexual nas capitais brasileiras, fato que acarreta barreiras de acesso para interrupção da gravidez entre mulheres residentes no interior dos estados federados. Os autores reconheceram a necessidade de implantar novos serviços com essa finalidade, considerando que vários locais não possuem serviços estruturados para oferecer esse tipo de atendimento.

Embora fosse esperado que as participantes obtivessem informações precisas quanto aos trâmites para solicitar aborto previsto em lei, ao contatar via telefone o Hospital Pérola Byington, alguns discursos revelaram desencontro de informações entre IML e Núcleo AVS, que deveriam atuar de maneira articulada e integrada, visto estarem vinculados ao Programa Bem-Me-Quer, desenvolvido no referido hospital. Esse dado apresenta-se relevante, visto que expõe a fragmentação da rede de atendimento às vítimas de violência sexual em um serviço de referência, desencadeando reflexões a respeito da magnitude dessa desarticulação nas demais instituições de saúde no Brasil.

Schraiber et al. (2012) acreditam que a cultura profissional norteia a visão dos profissionais para reconhecer apenas as demandas inseridas no seu campo de atuação, que se encaixam na estrutura organizacional de cada serviço, seja do âmbito jurídico, de segurança ou de saúde. Desse modo, os serviços não necessariamente atuam de modo articulado e em rede, visto efetivarem suas práticas a partir de uma visão individual dos problemas, ainda que estes sejam relacionados à violência contra a mulher. Pensar em uma lógica organizacional dos serviços baseada na intersetorialidade e reorientação de ações assistenciais fragmentadas e setoriais é fundamental para reduzir os entraves existentes na trajetória das mulheres vítimas de violência na busca por atendimento.

Ainda que as dificuldades iniciais em obter informações sobre o acesso ao Hospital Pérola Byington tenham sido pontuais, mostra a necessidade de estabelecer ligação entre o IML e o Núcleo AVS visando ao conhecimento mútuo sobre a assistência ofertada por ambos os setores. Em um contexto maior, essa desarticulação acarreta às mulheres peregrinação entre serviços, especialmente quando se trata de buscar o aborto previsto em lei.

Referente às trajetórias percorridas pelas participantes na busca pelo aborto, essas ocorreram de modo heterogêneo. Algumas iniciaram uma verdadeira peregrinação, sobretudo aquelas que decidiram procurar atendimento, inicialmente, com profissionais da sua confiança na rede privada de saúde ou em serviços da rede pública localizados nas suas cidades de procedência.

Em se tratando das médicas da rede privada, as respostas denotaram desconhecimento sobre as questões legais acerca do aborto, valores morais e estereótipos de gênero, sendo as mulheres desencorajadas a buscar o procedimento. Diferentemente da postura adotada por médicos inseridos nas redes de amizade de algumas participantes – que ofereceram prontamente informações sobre a prática do aborto previsto em lei –, no contexto institucional, a relação médico-paciente pautou-se em respostas negativas e de cunho moralista.

Esse dado corrobora achados de pesquisa realizada por Faúndes et al. (2005) que avaliou conhecimento, opinião e conduta de 4.233 ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto. Os autores constataram que apenas 40% dos profissionais ajudariam uma paciente que os consultassem em busca de informações sobre aborto, seja encaminhando a um médico que realizasse o procedimento ou ensinando a usar medicamento abortivo. No entanto, caso a gravidez indesejada ocorresse com uma familiar próxima, esse percentual crescia para 48% e quando a mulher era médica ou a parceira do médico vivenciava esse problema, o percentual aumentava, respectivamente, para 77,6% e 79,9%. Assim, os resultados revelaram que quanto mais próximo o profissional esteja de uma gravidez indesejada, o aborto se torna mais justificável e, portanto, aceitável.

A maioria das participantes que recorreu a profissionais e/ou serviços de saúde na sua cidade teve a narrativa sobre a violência sexual desacreditada, fato traduzido em posturas de desencorajamento, distanciamento e indiferença. Algumas, inclusive, receberam encaminhamento para iniciar o pré-natal, o que revela descaso com a necessidade por elas verbalizada, além de enfocar uma postura biologicista que desmerece toda a subjetividade das mulheres na vivência de gravidez oriunda de estupro.

Os comportamentos desses profissionais guardam relação com o estigma do aborto presente na sociedade, que tem suas raízes alicerçadas nos papéis de gênero e no controle da sexualidade feminina para fins de reprodução e maternidade compulsória (Kumar, Hessini, Mitchell, 2009). A partir dos relatos das participantes,

pode-se afirmar que a postura estigmatizante das médicas baseou-se na ideia de o aborto ser uma transgressão das normativas de gênero, que foram reforçadas durante o atendimento, ao valorizar a gravidez, o pré-natal e a maternidade.

É devido a essa estigmatização que, mesmo diante de uma situação de estupro cujo aborto é moralmente aceitável, as mulheres precisam passar pelo crivo da verdade dos profissionais, que atuam como vigilantes da legislação e da imoralidade do aborto. Desse modo, iniciam uma investigação da verdade baseada na linguagem corporal das mulheres a fim de reconhecerem-nas como vítimas. Depois, há ênfase na necessidade de realizar exames e testes que confirmem a relação causal entre o estupro e a gravidez, a partir da coerência entre a data da violência e a idade gestacional (Diniz et al, 2014).

Entende-se que a ideia de nexo causal está associada a uma concepção reducionista de causa e efeito que desconsidera a complexidade dos fenômenos da violência sexual e do aborto. Ter uma visão limitada de um problema que requer compreensão sobre sua determinação social relacionada à subalternidade de gênero – a que as mulheres são submetidas ao longo de suas vidas e que influencia diretamente os seus processos de adoecer e morrer – obstaculiza o acesso das mulheres aos seus direitos.

Os entraves no acesso às informações sobre aborto legal nos serviços vinculados ao SUS também impuseram às pesquisadas itinerários tortuosos, reforçando a sujeição das mulheres ao poder das equipes profissionais que acionaram a objeção de consciência. Diniz (2013, p. 1704) afirma que a objeção de consciência é “a recusa do profissional de saúde ao dever de assistência por razões morais”, sendo o aborto o procedimento em que mais comumente os profissionais utilizam esse dispositivo normativo como forma de proteger a sua moral.

Contudo, nem sempre a objeção de consciência está vinculada a questões morais enraizadas, mas, muitas vezes, guarda relação com a preocupação do médico quanto à sua reputação perante os colegas de profissão (Keogh et al., 2019). Assim, quando um médico se nega a realizar aborto, protege sua hegemonia de poder, ao mesmo tempo em que reforça o estigma do aborto embasado em concepções religiosas (Diniz, 2013).

Nesse contexto, situar o fenômeno do aborto considerando a laicidade do Estado é essencial para separar religião e política, tendo em vista que essa dissociação se vincula ao funcionamento da democracia. Quando é negada a

interrupção de uma gravidez oriunda de estupro, recusa-se a autonomia individual das mulheres de decidirem sobre seus corpos, recorrendo a dúvidas quanto à violência sexual (Miguel, 2016).

A objeção de consciência revela, no contexto da saúde, a fragilidade do Estado laico brasileiro, uma vez que coloca o aborto na pauta da moralidade, e não dos direitos. Apesar de haver justificativas pautadas na integridade moral dos profissionais, no âmbito da assistência à saúde, especificamente nos serviços públicos de saúde, os sentimentos dos médicos devem estar subordinados às necessidades das mulheres que buscam assistência (Diniz, 2013).

Embora seja um direito recusar atender uma solicitação de aborto, os objetores não se isentam da obrigatoriedade ética de encaminhar a mulher a outro profissional e/ou facilitar seu acesso a outro serviço. Devem agir, portanto, de modo compensatório diante do conflito entre valores morais e seus deveres enquanto médicos (Ortiz-Millán, 2017). Apesar disso, muitas vezes, esse compromisso ético não é mantido, impactando negativamente na vida de mulheres, seja em âmbito físico e/ou emocional. Dentre tais impactos, destacam-se o atraso no acesso aos serviços de saúde e adiamento na efetivação do aborto, além de exacerbar o sentimento de culpa (Keogh et al., 2019).

O direito à objeção de consciência não é absoluto, visto haver restrições quanto ao seu uso. No Código de Ética Médica, Capítulo II, parágrafo IX, é direito do médico “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Entretanto, logo em seguida, no Capítulo III, Artigo 15º, do mesmo Código, afirma-se que é vedado “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética” (Conselho Federal de Medicina, 2019). Embora o Código de Ética Médica garanta o direito à objeção de consciência, paralelamente, busca garantir a assistência a mulheres que buscam o aborto previsto em lei.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2011d) corrobora os direitos médicos e regula o exercício da objeção de consciência. Contudo, essa objeção não se aplica em caso de risco de morte, ausência de outro médico para realizar o aborto ou situações emergenciais que causem danos à mulher.

As leis restritivas ao aborto violam o direito à privacidade e à autonomia das mulheres (Ortiz-Millán, 2017). Pesquisa desenvolvida em dois hospitais baianos revelou a existência de fatores que influenciam a prática clínica de ginecologistas e obstetras e dificultam o acesso ao aborto, são eles: criminalização e estigmatização; medo de sanções legais por terem realizado o procedimento; falta de treinamento e capacitação; além das representações dos profissionais sobre relações de gênero (Zordo, 2012).

O presente estudo constatou que os profissionais com os quais as participantes se depararam no processo da rota crítica acionaram a objeção de consciência como direito absoluto. Alguns médicos, inclusive, não ofereceram informações satisfatórias sobre os trâmites burocráticos para o aborto, tampouco as encaminharam formalmente para um serviço de referência. Em outras situações, as participantes peregrinaram entre dois serviços, sofrendo discriminação, revitimização e ficando à mercê de um médico que fosse sensível à sua condição. A demora em oferecer um atendimento ou mesmo encaminhamentos entre profissionais e serviços de saúde expressou uma assistência desgenerificada, desconsiderando a influência da construção de gênero na experiência das mulheres quando vítimas de violência sexual.

Algumas entrevistadas consideraram a assistência recebida nos serviços de saúde como satisfatória, visto terem se sentido acolhidas e recebido alguma resposta, ainda que não tenha sido a almejada autorização para o aborto. Contudo, não se pode afirmar que a escuta tenha sido, de fato, qualificada, visto esta pressupor uma atenção integral que, quando voltada a vítimas de violência, precisa estar amparada em conhecimentos de gênero para apreender as necessidades verbalizadas e as silenciadas pelas mulheres (Oliveira, 2011).

Apesar disso, reconhece-se que a interação estabelecida despontou como um potencial de fortalecimento para as participantes, graças à postura sensível dos profissionais ao ouvi-las e oferecer alguma orientação. Todavia, destaca-se que as narrativas revelaram condutas prescritivas, sustentadas pelo modelo biomédico hegemônico, reduzidas à assistência ao ciclo reprodutivo. Salienta-se a possibilidade de os profissionais terem seguido normativas institucionais para negar a solicitação ao aborto, citando a ilegalidade do procedimento em determinada cidade e ou serviço.

Keogh et al. (2019) afirmam que existem instituições que possuem como norma a objeção de consciência, o que não é eticamente justificável, principalmente quando se tratam de serviços públicos de saúde. Diante de uma negativa para um pedido de aborto previsto em lei, é necessário que os serviços ofereçam caminhos eficazes de referência, fato evidenciado nos relatos de algumas participantes que tiveram os percalços da sua rota minimizados por essa conduta dos profissionais.

A rede de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual é de suma importância para apoiá-las em um momento de intensa fragilidade emocional. Para isso, é necessário, inicialmente, que exista relação entre instituições a fim de facilitar o acesso aos serviços jurídicos e de saúde (Perry et al., 2015). No entanto, a realidade evidenciada nos resultados do presente estudo revela que os serviços estão pouco articulados.

Pesquisa realizada em três capitais brasileiras constatou algumas conexões objetivas entre serviços policial e jurídico, assim como serviços de saúde e atenção psicossocial. Contudo, entre esses grupos, a integração praticamente inexiste, reforçando a fragmentação e o desconhecimento pelos profissionais das ações específicas de cada um dos setores. Em se tratando dos serviços de saúde, os encaminhamentos realizados são voltados apenas para serviços de referência ou especializados, destituindo os serviços gerais da responsabilidade de atender casos de violência (Schraiber et al., 2012).

Destaca-se não ter sido exigido por nenhum dos serviços de saúde procurados pelas entrevistadas que elas apresentassem BO quando solicitaram o aborto. Esse fato pode representar algum conhecimento dos profissionais sobre a norma técnica voltada para a assistência humanizada ao aborto (Brasil, 2011d), ao mesmo tempo que pode revelar indiferença por saber da impossibilidade de realização do procedimento naquela instituição.

Apenas uma entrevistada foi orientada por uma médica a solicitar alvará judicial para interromper a gravidez, apontando desconhecimento sobre os trâmites para solicitar aborto legal. Além de expor a mulher, exigindo que relatasse novamente a violência sofrida, revelou burocratização no processo da rota crítica. Apesar desses fatores terem sido percebidos pela participante, não contribuíram para desencorajá-la ou ter uma percepção negativa desses encaminhamentos, haja vista não a terem impedido de buscar seu direito. No entanto, essa relação entre médicos e juristas

mostra serem eles representantes de um poder que os permite decidir sobre a vida das mulheres.

Na visão de Foucault (2017), no mundo ocidental, o poder está associado a uma linguagem jurídica e utiliza estratégias para arraigar-se e ser exercido nas microrrelações de poder. Nesse sentido, o uso de normas legais por médicos e juristas para negar ou não assistência às mulheres que buscam aborto previsto em lei está amparado em uma clara relação desigual de poder, ancorada na relevância crescente de normativas que possuem ações reguladoras.

A chegada ao Hospital Pérola Byington – local de desenvolvimento da presente pesquisa – foi marcada por sentimentos de ansiedade e medo, visto representar para as entrevistadas a última instância em que poderiam realizar aborto por meios legais, dados os obstáculos encontrados em outros serviços.

A desburocratização na marcação das consultas e o acolhimento recebido foram aspectos revelados como benéficos nas narrativas das mulheres. De modo geral, os pontos positivos foram mais enaltecidos do que os negativos, sobretudo por elas terem, finalmente, obtido resposta positiva para a demanda apresentada.

Mesmo a única participante que teve o pedido de aborto negado, devido à idade gestacional estar acima do limite estabelecido pela legislação brasileira, considerou o atendimento acolhedor, especialmente pela equipe de psicologia. Sobre esse assunto, convém discutir o fato de a busca pelo aborto ter ocorrido tardiamente, visto a descoberta da gravidez ter acontecido no segundo trimestre gestacional. Essa barreira logística tem sido apontada por estudos internacionais como um dos principais motivos para as mulheres não conseguirem efetivar abortos (Upadhyay et al., 2014; De Piñeres et al., 2017).

Nesse caso específico, ao decidir doar a futura criança para o processo de adoção legal, a pesquisada buscou legitimar sua não responsabilização pela violência e gravidez, sendo sua escolha uma forma de não perpetuar a violência que acreditava estar sendo prolongada com a permanência da gestação. Além disso, reconhecia ser essa uma forma de não desempenhar a maternidade compulsoriamente. Entretanto, sob o viés de gênero, ao mesmo tempo em que recusava o papel materno, pensava no ato de doação da criança como uma rejeição, compreendendo que “a criança não tem culpa”, reafirmando a complexidade e a ambiguidade envolvidas no processo da rota crítica estudada.

Dentre as entrevistadas que perceberam atitudes julgadoras na recepção do Hospital Pérola Byington e, mais especificamente, no Núcleo AVS, enfatizou-se a angústia desencadeada nesse primeiro contato com o serviço de saúde considerado referência, revelando-se um elemento inibidor significativo da rota crítica. Pesquisa desenvolvida por Machado et al. (2015) identificou que posturas julgadoras são prejudiciais para o enfrentamento da situação do aborto, sendo, portanto, fundamental que gestores de instituições de saúde estejam atentos para esse tipo de conduta dos profissionais a fim de garantir o acolhimento e o apoio às mulheres em um momento de intensa vulnerabilidade.

Outro elemento inibidor relatado por algumas participantes durante o atendimento no Hospital Pérola Byington foi a realização da ultrassonografia, quando visualizaram ou escutaram os batimentos cardiofetais. Muito mais do que as imagens – nem sempre tão visíveis – o som do coração representando simbolicamente a existência de vida para essas mulheres as levou a personificar o embrião/feto, tornando o momento doloroso por associarem aborto a assassinato.

O exame ultrassonográfico é socialmente compreendido como uma experiência afetiva e feliz, a depender do quão desejada é a gravidez e do quanto a mulher deseja construir vínculos com a futura criança. Nas situações em que optam pelo aborto, o significado atribuído a esse exame e ao feto nem sempre estão vinculados a sentimentos negativos, podendo até reforçar o desejo da interrupção da gravidez diante do confronto com a realidade de uma gestação em curso (Beyonon-Jones, 2015).

Estudo desenvolvido com 19 mulheres que realizaram aborto clandestino na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, evidenciou que a ultrassonografia fez parte do itinerário abortivo como um exame complementar que, ao constatar a pouca idade gestacional, reforçou nelas o desejo de interromper a gravidez. No entanto, essa escolha pautou-se em ressignificações sobre o que consideravam uma vida (Santos, Brito, 2014). Pode-se dizer, então, que a certeza da decisão pelo aborto modera a influência que as imagens ultrassonográficas possuem na decisão de levar a gestação a termo (Upadhyay et al., 2017).

No contexto das entrevistadas do presente estudo, a realização da ultrassonografia desencadeou culpa pela decisão de abortar, sentimento alicerçado em um contexto social e cultural que valoriza a maternidade e pune as mulheres que transgridem essa normativa social. Ouvir os batimentos cardiofetais materializou

todo o drama e as contradições envolvidas na rota crítica em busca do aborto legal. Assim, o médico ultrassonografista que permitiu às vítimas de estupro terem contato visual ou auditivo com o embrião ou feto pode ter valores morais enraizados sobre a prática abortiva que dificultam a assistência a essas mulheres, revitimizando-as.

Considerando a violência no âmbito dos serviços de saúde e a ideia de o poder médico manifestar atitudes violentas, é importante fazer um paralelo à concepção de Arendt (2016, p. 73) sobre esses conceitos. Para a autora, a violência possui um caráter instrumental, enquanto o poder é uma habilidade humana desenvolvida em grupo cujas decisões e ações ocorrem conjuntamente. Nesse sentido, afirma que "poder e violência são opostos; onde um domina absolutamente, o outro está ausente. A violência aparece onde o poder está em risco, mas, deixada a seu próprio curso, conduz a desaparição do poder".

Azeredo e Schraiber (2017, p. 3018), embasadas nessa visão, referem que a violência institucional surge da crise de autoridade e ausência de poder dos profissionais de saúde que adotam atitudes defensivas mediante a difusão de informações sobre as práticas de saúde. Fazendo valer sua autoridade, "impõem suas perspectivas ao invés de dialogar com o paciente, assegurando tal imposição pelo controle que ainda efetivamente detêm no acesso às diversas tecnologias, diagnósticas e terapêuticas, e no acesso ao próprio sistema de saúde".

No contexto da violência institucional sofrida pelas pesquisadas em diferentes momentos da rota crítica, os profissionais priorizaram uma lógica institucional, que desconsidera a subjetividade e singularidade de cada mulher. Em se tratando dos médicos, a violência ancorou-se no controle de técnicas e condutas específicas do seu campo de saber para impedir ou dificultar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e terem seu direito ao aborto efetivado.

Dentre as nove entrevistadas que tiveram sua solicitação de aborto previsto em lei aprovada, as experiências divergiram em relação ao tipo de procedimento a que foram submetidas. Apesar do medo e da ansiedade, aquelas que se submeteram à AMIU apresentaram maior tranquilidade durante o internamento do que as mulheres que experienciaram um aborto medicamentoso. Nesse caso, a demora na efetivação do aborto foi um potencial de desgaste que desencadeou insegurança e angústia devido à incerteza da concretização do aborto. Perry et al. (2015) constataram que essa demora gera repulsa e nojo nas mulheres devido à gestação permanecer em desenvolvimento.

A não visualização do feto durante e após a expulsão foi descrita como um cuidado da equipe de enfermagem do Hospital Pérola Byington, denotando empatia e treinamento das profissionais para lidar com uma situação complexa e repleta de significados. Ainda, minimizou a possibilidade de as mulheres sentirem maior angústia, uma vez que, diante das concepções desgenerificadas sobre maternidade já expostas anteriormente, visualizar o feto tornaria a experiência mais dolorosa e sofrida, corroborando achados da pesquisa realizada por Godoy (2015).

Todas as participantes declararam alívio após o procedimento. Nos discursos, a experiência de percorrer a rota crítica na busca pelo aborto promoveu questionamentos e reflexões, que desencadearam uma atitude mais empática em relação a mulheres que decidem não levar uma gestação a termo por inúmeros motivos. Desse modo, refletiram sobre seu posicionamento anterior acerca desse fenômeno a partir das estruturas patriarcais que alicerçam a sociedade e os papéis de gênero.

Constatou-se que a vivência das mulheres na busca pelo aborto legal foi ambivalente e diversa, convergindo para barreiras institucionais retratadas nas respostas negativas dos serviços de saúde e dos profissionais que as atenderam. A escassez de serviços de aborto, a desinformação dos profissionais de saúde sobre o aborto previsto em lei e a desarticulação no atendimento em rede às vítimas de violência sexual culminaram em uma odisseia para as participantes que percorreram longos trajetos a fim de concretizar o aborto. Essa gama de elementos inibidores contribuiu para que as mulheres vivenciassem necessidades em saúde heterogêneas, considerando suas histórias de vida, classe social, raça/etnia e geração.

Quanto às necessidades em saúde, estas se constituem na oferta de ações pelos serviços de saúde e na demanda dos usuários que buscam solucionar ou minimizar um problema (Oliveira, 2011). Quando se trata de aborto legal, apesar de existir a oferta no campo das políticas públicas, nem sempre está disponível nas práticas de saúde no âmbito dos serviços.

Depreendeu-se dos resultados do estudo em tela que as participantes apresentaram experiências diversas no processo da rota crítica, o que acarretou necessidades heterogêneas. Sendo assim, a rota crítica repleta de barreiras sociais, culturais, pessoais, estruturais e logísticas percorrida pelas pesquisadas acarretou necessidades que representaram potenciais de desgaste do processo saúde-

doença. Essas necessidades, em geral, foram ocultadas – e muitas vezes minimizadas pelas mulheres – estando aderidas à urgência em conseguir efetivar o aborto previsto em lei.

A saúde como um fenômeno multidimensional na medida em que é possível dimensioná-lo como objeto, conceito e campo de ação pode ser desenvolvido, enquanto processo, nas dimensões estrutural, particular e singular dos indivíduos por meio de ações curativas, preventivas e de promoção. Apesar de tamanha complexidade, ainda persiste a visão reducionista e concepções assistencialistas cuja saúde tem enfoque no indivíduo e na cura (Breilh, 2006). Essas concepções reafirmam a dicotomia entre o biológico e o psíquico, e o contexto social, na maioria das vezes, é desconsiderado.

Nesse contexto, na presente pesquisa, pode-se constatar que as necessidades em saúde se relacionaram mais à saúde mental, seja durante o processo da rota crítica ou até mesmo após a realização do aborto. Apesar de algumas mulheres terem reconhecido a integração entre corpo e mente, buscaram elencar situações voltadas ao biológico que permitissem manifestar a ansiedade desencadeada a partir da confirmação da gravidez indesejada. Acredita-se que o enfoque nas queixas biológicas teve o intuito de traduzir necessidades mais complexas em um contexto repleto de contradições, incertezas e subjetividades. O sofrimento emocional repercutiu negativamente nos cuidados com a saúde, desencadeando necessidades voltadas à conservação da vida.

Pesquisa cujo objetivo foi compreender as consequências emocionais de mulheres que sofreram estupro constatou a possibilidade de alterações no padrão do sono, com prevalência de episódios de insônia e pesadelos, aumento ou diminuição do apetite e aumento no consumo de bebidas alcoólicas e cigarros (Souza, 2013). Considerando o impacto da confirmação da gravidez, pode-se supor que as mudanças nos hábitos das entrevistadas tenham se agravado, dada a urgência de solucionar um problema que as induzia a transgredir valores e crenças.

Destaca-se o reconhecimento das pesquisadas quanto à necessidade de procurar assistência psicológica e/ou psiquiátrica para ajudá-las a enfrentar as consequências do estupro e do aborto. Embora as participantes tenham privilegiado a dimensão individual do problema, reconheceram, ainda que superficialmente, elementos presentes na dimensão estrutural da sociedade – como valores morais e

religiosos – capazes de influenciar diretamente o modo como lidam com a experiência do aborto.

Por residir fora da cidade de São Paulo, salienta-se que não foi possível a essas mulheres vincularem-se ao Hospital Pérola Byington para realizar atendimento psicológico após a realização do aborto. Assim, foi imputada a elas a responsabilidade de buscar formas para lidar com as consequências da violência sexual em suas cidades de origem, constatando-se uma lacuna na assistência integral às vítimas de estupro.

Dessa forma, chama a atenção que o enfoque dado às necessidades relacionadas à saúde mental presente nos discursos das pesquisadas reforça a compreensão do fenômeno da violência não ser necessariamente uma demanda para os serviços de saúde em geral. Por nem sempre as marcas da violência estarem inscritas nos corpos das mulheres, o fenômeno não segue a lógica medicalizante dos agravos, concebendo-se, assim, ser um evento que requer assistência à saúde mental especializada (Oliveira, 2011). Essa concepção reafirma a fragmentação do indivíduo em corpo e mente, delimitando a violência a um processo denominado por D´Oliveira (2000, p.252) de “psicologização” e/ou “psiquiatrização”, que seria a “medicalização do mental”.

Percebe-se, com isso, que as pesquisadas se apropriaram da acepção dos profissionais e dos serviços de saúde quanto à violência – e suas consequências – ser um fenômeno circunscrito à saúde mental. Essa realidade coaduna com a concepção de Cecílio (2001) quanto ao fato de, possivelmente, as mulheres adequarem suas necessidades, traduzindo-as em demandas compatíveis com as ações ofertadas pelos serviços de saúde.

Concorda-se com Oliveira (2011) quando a autora critica o enfoque à medicalização e à assistência psicológica. Não é o intuito do presente estudo desconsiderar a relevância da assistência à saúde mental às vítimas de estupro para enfrentamento de suas dores emocionais, pois reconhece-se ser ela mais do que necessária. Contudo, é preciso desconstruir a ideia de que a problemática da violência sexual e do aborto deve ser exclusivamente tratada como um fenômeno que requer atuação de profissionais especializados, dado que essa visão cria obstáculos para a assistência integral e articulação em rede pelos serviços.

Neste estudo, as participantes também revelaram necessidades que remetiam à autonomia e ao exercício da cidadania, ultrapassando o enfoque de necessidades

de conservação da vida, haja vista a liberdade de decidirem sobre suas vidas e corpos estar intrinsecamente associada às necessidades propriamente humanas.

No âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, autonomia diz respeito à propriedade de si, isto é, ao direito da mulher controlar seu corpo e sua capacidade reprodutiva, garantindo, assim, o pleno exercício de sua cidadania. A decisão pelo aborto está intrinsecamente associada a essa concepção de autogovernabilidade, sendo essa uma escolha de caráter político, inserida nos direitos individuais. A construção socio-histórica do feminino e os papéis de gênero imputados à mulher em sociedades onde há restrições para a prática abortiva as posicionam em um lugar onde sua individualidade é reduzida à maternidade. Assim, as mulheres têm sua autonomia rejeitada, não sendo reconhecidas nem como sujeitos de direitos, nem por sua diversidade e interesses distintos, além daqueles voltados ao papel materno (Biroli, 2016).

Cohen (2012, p.196) afirma que a reinvindicação feminista sobre o controle das mulheres sobre seus corpos e o direito de decidir sobre si mesmas é uma das expressões do direito à privacidade presente na legislação do aborto nos Estados Unidos da América como imperativo para a autonomia. Na concepção da autora, obrigar uma mulher a manter uma gravidez indesejada é forçá-la a assumir uma nova identidade, também indesejada: a de gestante e depois a de mãe. Com isso, a integridade física e emocional, assim como a inviolabilidade da personalidade das mulheres está em risco porque “a experiência da gravidez constitui uma mudança fundamental em sua personificação, nos planos físico, emocional e simbólico e, portanto, em sua identidade e sentimento de individualidade”.

Em um contexto de restrições legais ao aborto, como no caso do Brasil, o estigma em torno desse fenômeno obstaculiza o acesso à liberdade, à autonomia e à cidadania, mesmo quando a interrupção da gravidez se enquadra nas exceções legais. Apesar da necessidade de enfocar a individualidade e a subjetividade das mulheres quando se trata da decisão do aborto, é importante considerar o contexto social no qual elas se inserem, já que é inevitável a existência de um entrelaçamento com a construção socio-histórica do feminino e a simbologia dos seus corpos que podem influenciar sobremaneira sua escolha reprodutiva.

Depreendeu-se dos resultados que o apoio de familiares também foi reconhecido como uma necessidade em saúde, vinculado a laços de afetividade que repercutiram positivamente para o fortalecimento da autonomia. O suporte

emocional despontou nas narrativas como um elemento motivador fundamental na rota crítica, visto ter fortalecido as pesquisadas a enfrentar e superar os conflitos pessoais e as barreiras individuais desencadeadas pelas concepções socialmente construídas acerca do aborto. A necessidade de legitimação pela escolha do aborto pareceu fundamental para algumas participantes, pois acreditavam estar infringindo normativas sociais que, ao serem validadas por outrem, faziam com que se sentissem amparadas e fortalecidas.

Nesse processo, o apoio masculino pareceu reforçar a motivação interna pelo aborto, potencializando o desejo de ir em busca da autonomia reprodutiva. Contudo, na dimensão estrutural, essa valorização faz alusão à insegurança e à dependência do aval masculino, simbolizando uma espécie de autorização social das escolhas femininas na sociedade patriarcal. Com isso, acirra-se, ainda mais, a desigualdade de gênero e reafirma-se a subalternidade das mulheres. É válido considerar a afirmação de Breilh (2006, p. 48) quanto ao fato de a ordem social dominante exigir uma hegemonia que é reproduzida no campo da saúde e procura

> impedir que os integrantes das coletividades subalternas se reconheçam como parte de uma classe dominada, ou como um povo (étnico) dominado ou um gênero dominado; busca-se criar barreiras materiais e obstáculos epistemológicos para que eles não cheguem a conclusões emancipadoras e compreendam que, sem destruir a estrutura de poder é ilusório chegar a uma reinvindicação, a não ser por um caminho individual; (...)

Nos discursos, de maneira velada ou explícita, as necessidades em saúde foram fortemente influenciadas pela estrutura social como um todo, haja vista que os dogmas religiosos e as desigualdades de gênero foram apontados como barreiras para algumas mulheres buscarem apoio familiar ou de amigos durante a rota crítica. Sobre esse assunto, Bourdieu (2017) afirma que a Igreja incute uma moral embasada nos valores patriarcais e na ideia de inferioridade inata do gênero feminino, apresentando uma visão pessimista das mulheres e recriminando atitudes consideradas divergentes da moralidade.

Grupos religiosos argumentam sobre o valor da vida do feto e santificam a maternidade, ao mesmo tempo em que, contraditoriamente, desconsideram a vida das mulheres enquanto sujeitos concretos, detentores de direitos, argumentos que apoiam o sexismo e retiram o direito à autonomia das mulheres (Biroli, 2016).

Desse modo, é compreensível que entrevistadas cujas famílias seguiam dogmas judaíco-cristãos tenham optado pelo silêncio por receio de serem julgadas

por romper com a moralidade familiar devido não apenas à escolha pelo aborto, mas também pela ocorrência do estupro. Ainda, é possível pensar que elas temiam o cerceamento da sua autonomia por familiares, visto que no âmbito da família nuclear tradicional a autoridade máxima está na figura paterna, havendo, portanto, uma subalternidade de gênero e de geração.

A equidade ou a inequidade vivenciada por determinado grupo em um período histórico é resultado das relações de classe, de sua história etnocultural e das suas condições de gênero. Essas relações constituem o modo como o livre arbítrio de uma família e seu cotidiano se move, mas também constituem as barreiras que essas famílias e pessoas no geral podem desafiar o discurso hegemônico com atitudes que o contradizem (Breilh, 2006).

A busca por informações como fundamental para o processo da rota crítica apresentou-se também como uma necessidade relacionada à autonomia. Segundo Cecílio (2001), a educação, assim como a informação, é essencial para desenvolver a autonomia de cada sujeito. Para esse autor, a autonomia implicaria a possibilidade do indivíduo ressignificar sua vida e, consequentemente, seu modo de viver. Nesse contexto, inclui-se a luta para satisfazer as necessidades da maneira mais plena possível.

Os resultados do estudo mostram que apesar da busca por informações sobre aborto não ter sido, em um primeiro momento, sob a perspectiva dos direitos, essa procura instrumentalizou as mulheres para se libertarem das amarras impostas pelo gênero, possibilitando o exercício dos direitos reprodutivos, sem entrarem no contexto da ilegalidade. Nesse contexto, a informação encorajou a autonomia das pesquisadas, uma vez que lhes oportunizou esperança para realizar o aborto de forma legal e segura.

A dificuldade de obter informações sobre a prática abortiva levou algumas entrevistadas a revelar empatia e sororidade como necessidades em saúde capazes de fortalecer a autonomia e o exercício da cidadania de outras mulheres. Esse dado é revelador porque apresenta uma visão atual que coaduna com a expansão do movimento feminista no ciberespaço, sobretudo entre mulheres jovens (Tinoco, 2016), como a maioria das participantes deste estudo.

Embora não esteja inserida nos dicionários clássicos da língua portuguesa, a sororidade é mais que um termo, é também um sentimento que diz respeito a uma aliança pautada na empatia, irmandade e companheirismo entre mulheres, sendo

fortalecido no compartilhamento das experiências subjetivas. Ao criticar a misoginia, aponta que alguns ou vários comportamentos femininos são fruto da cultura machista. Não por acaso, esses comportamentos são naturalizados e enfraquecem ou mesmo anulam os questionamentos sobre o lugar de submissão imposto às mulheres na sociedade (Bernardes et al., 2016).

A presente pesquisa constatou necessidades desencadeadas pela inexistência de serviços voltados para o atendimento de vítimas de violência sexual nas cidades ou região de procedência das participantes. As relações de produção e reprodução social representadas, respectivamente, pelo trabalho e contexto familiar – em especial a maternidade – suscitaram necessidades que remetiam ao apoio e compreensão de terceiros para as mulheres se ausentarem de suas rotinas e iniciarem a rota crítica. Nesses casos, as barreiras logísticas, culturais e geográficas influenciaram diretamente o acesso das pesquisadas aos serviços de saúde.

Autores afirmam que a utilização dos serviços é o resultado da interação da atitude do usuário de procurar assistência e do profissional de saúde que oferta atendimento, inserindo-o no sistema de saúde (Travassos, Martins, 2004). Contudo, quando o enfoque são os direitos sexuais e reprodutivos, a noção de acessibilidade não deve ser limitada ao entendimento de ingressar no sistema de saúde ou entrar no espaço físico de determinada instituição, mas deve incluir todo o processo vivenciado pela usuária desde o instante que decide buscar assistência até a chegada ao serviço e o posterior retorno à sua casa (Farias, Cavalcanti, 2012).

A inacessibilidade aos serviços de saúde exigiu que as participantes do estudo se ausentassem das suas práticas sociais visando conseguir, enfim, acessar o sistema de saúde para efetivar o aborto. Desse modo, as necessidades que remetiam à produção social relacionaram-se ao receio de perda de vínculo empregatício e, por conseguinte, dificuldade financeira, apontada como uma necessidade primordial para as mulheres persistirem na rota crítica. Esse fato se voltou às necessidades propriamente humanas, visto que se associava a um elemento limitante da liberdade das mulheres enquanto sujeitos na tomada de decisões.

Destaca-se que as necessidades relativas ao trabalho possuem intrínseca relação com aquelas relativas à autonomia, uma vez que instrumentalizam as mulheres para superar as desigualdades de gênero e libertar-se do que, hegemonicamente, é imputado ao feminino. Assim, a desigualdade de gênero

quando alquimizada com a desigualdade de classe compromete a reprodução social, visto produzir entraves à autonomia. Para garantir o enfrentamento e a superação desses obstáculos, o Estado deve desenvolver e efetivar políticas públicas que promovam a autonomia das mulheres, abrangendo, inclusive, suas escolhas reprodutivas (Oliveira, 2011).

Relativo às necessidades vinculadas à reprodução social, a maternidade despontou nas narrativas das pesquisadas que se declararam mães como uma preocupação a mais no processo da rota crítica. As necessidades sentidas reforçaram uma visão desgenerificada quanto à responsabilização pelos cuidados com os filhos ser exclusiva das mulheres. Apesar das mudanças nos padrões de maternidade presentes na sociedade atual, o papel de mãe continua sendo uma marca identitária de grande significado para as mulheres (Scavone, 2004).

Corroborando isso, Badinter (2011) afirma que a maternidade ainda é tida socialmente como a maior realização das mulheres, as quais seguem um modelo ideal de maternidade, de modo consciente ou não, de acordo com a cultura na qual estão inseridas. Para a autora, a busca por esse ideal desencadeia contradições tanto no âmbito social quanto no contexto de relações afetivo-sexuais. Contudo, o enfoque na contradição presente no sujeito mulher-mãe apresenta-se como mais doloroso, visto dividir a mulher entre o amor e o cuidado com os filhos e seus desejos pessoais.

Essa divisão possivelmente explica a culpa verbalizada pelas participantes do estudo para iniciar a trajetória do aborto legal. Esse sentimento foi potencializado quando as pesquisadas se sentiram julgadas por estarem colocando sua necessidade acima das necessidades dos filhos. Quando esse julgamento adveio do ex-companheiro, reiterou a subalternidade de gênero a que mulheres estão submetidas mesmo quando a relação afetiva não existe mais, porém persiste o vínculo, em virtude da existência dos filhos.

Outras necessidades sentidas e verbalizadas pelas participantes vincularam-se a temas relacionados ao acolhimento pautado na escuta qualificada, apoio e compreensão por parte dos profissionais que as atenderam. As relações de cuidado que se estabelecem nos espaços de saúde requerem uma ferramenta tecnológica que promova a escuta qualificada, a construção de vínculos e a garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços de saúde. O acolhimento se apresenta como essa tecnologia ao mesmo tempo em que é uma das diretrizes da

Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, atuando como ferramenta que medeia encontros e contribui para um olhar solidário e empático no contexto assistencial (Brasil, 2011e).

Enquanto diretriz, o acolhimento possui relevância ética, estética e política no modo de produzir saúde, contribuindo para o reconhecimento do outro nas suas particularidades e colaborando para dignificar a vida e o viver. Ainda, implica um compromisso coletivo que potencializa protagonismos, fazendo valer direitos e deveres dos usuários nos diferentes encontros (Brasil, 2011e).

O termo acolhimento, cotidianamente utilizado por profissionais, revela-se nas práticas concretas de saúde, devendo centrar-se na escuta e na individualidade de cada pessoa, considerando suas múltiplas dimensões enquanto ser biológico, psicológico, social, político e espiritual (Gomes et al., 2011). Essa valorização da individualidade deve considerar, ainda, a inserção de cada sujeito no coletivo, no intuito de transformar as práticas em saúde, tornando-as mais humanizadas, capazes de potencializar dimensões relacionais importantes que contribuam para o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários (Oliveira, 2011).

Nesses termos, Ayres (2005, p. 558) traduz a humanização da assistência como um

> ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades.

Com base no exposto e considerando os resultados obtidos no presente estudo, pode-se afirmar que a expectativa das entrevistadas quanto ao acolhimento nos serviços de saúde de uma assistência resolutiva foi contrariada. Isso porque o atendimento demandou maior tempo do que o esperado devido à ausência de uma rede de atenção à vítima de violência nos diferentes municípios, à estrutura organizacional dos serviços de saúde que as pesquisadas buscaram nas suas rotas, assim como à postura dos profissionais que as atenderam.

Essa ruptura de expectativas apresentou-se como o cerne das necessidades expostas pelas entrevistadas e traduziu as dificuldades dos serviços de saúde de responder adequadamente às demandas levadas pelas vítimas de violência, seja pela qualidade da assistência ofertada ou pela pouca articulação dos serviços em

rede de atendimento para essas mulheres, corroborando, assim, resultados da pesquisa de D´Oliveira e Schraiber (2013).

Uma das razões para esse funcionamento pouco resolutivo tem relação com o fato de a violência não ser considerada foco de intervenção da saúde, visto apresentar-se como um objeto médico-social, não condizendo com o pensamento racional hegemônico biomédico presente nas profissões da saúde. Nas rotinas dos serviços de saúde, os profissionais são os responsáveis por concretizar as práticas em saúde, porém, por não assumirem o mesmo compromisso presente em instâncias políticas, promovem uma lacuna entre o que é proposto em documentos oficiais e o que é efetivado no cotidiano das instituições (Kiss, Schraiber, 2011).

O mau funcionamento dos serviços de saúde associado ao comportamento violento dos profissionais revela o quanto a assistência está marcada pelo viés androcêntrico, fundador da dominação masculina na sociedade ocidental (Pereira, 2004). Em se tratando de mulheres em busca de aborto, esse viés desgenerificado pode ser evidenciado nas negativas recebidas pelas entrevistadas nos diferentes espaços de saúde por diferentes profissionais, revelando que não apenas o fenômeno da violência, mas também o do aborto, encontram grande resistência nas práticas de saúde.

Nos encontros estabelecidos entre profissionais e entrevistadas, o protagonismo das mulheres foi minimizado, visto terem sido colocadas em posição de passividade e submissão diante da autoridade do profissional que as assistia, independente do cargo e da profissão. Essa relação autoritária que impede questionamentos e dificulta o exercício de autonomia e o estabelecimento de vínculos (Gomes et al., 2011) pode ser claramente evidenciada nos discursos quando se constatou que as mulheres foram levadas a participar de um *jogo de empurra-empurra* dentro dos serviços, sendo encaminhadas para outros profissionais ou orientadas a retornar em outros dias ou turnos, sem garantia de resolução do problema apresentado.

O fato de terem contatado diferentes profissionais nesse processo levou as participantes a verbalizar o sigilo como uma necessidade, traduzida no desejo de serem acolhidas com discrição e sem julgamento de valor pelos profissionais. Por buscarem algo estigmatizado socialmente, foram submetidas à desconfiança dos profissionais que priorizaram suas concepções pessoais e morais em detrimento das necessidades que levaram as mulheres a buscar os serviços de saúde.

Destaca-se que essa necessidade foi verbalizada principalmente por entrevistadas que residiam em cidades menores, fato justificado pelo receio de suas histórias tornarem-se públicas, visto que suas redes sociais se entrecruzavam com as dos próprios profissionais. Isso reforça a ideia de impossibilidade do anonimato perante fenômenos sociais moralmente inaceitáveis.

O sigilo é um dos pilares para o estabelecimento de uma relação de confiança, sendo fundamental para o paciente manifestar de modo fidedigno sua autonomia, o que representa proteção para o exercício da liberdade. Ademais, é considerado um direito do paciente e também um dever dos profissionais de saúde, que devem prezar pela intimidade e respeitar escolhas ou ocorrências de vida de cada indivíduo (Villas - Bôas, 2015).

Por estar associado ao princípio da autonomia – haja vista ser direito do paciente decidir a quem deseja informar seus dados pessoais – permite o “exercício mais autônomo da diversidade e da individualidade, mediante a proteção contra pressões externas eventualmente coercitivas, com vistas à equalização majoritária ou mesmo minoritária, representativa do meio social.” (Villas - Bôas, 2015, p. 521).

Os resultados deste estudo permitiram supor que experiências de terceiros contribuíram para que as pesquisadas reconhecessem os serviços de saúde como espaços que reforçam preconceitos, não sendo, por isso, reconhecidos por elas como locais confiáveis para verbalizar intimidades e necessidades. Isso dificulta o diálogo e a escuta, impossibilitando a identificação e o reconhecimento de necessidades pelos profissionais que, muitas vezes, vão além daquelas verbalizadas pelas mulheres.

Heckert (2007) afirma que quando os encontros entre profissionais e usuários de determinados serviços ocorrem embasados na escuta não qualificada – ou uma “escuta surda”, como a autora coloca – os profissionais tendem a adotar uma postura culpabilizadora do outro. Desse modo, entende que uma escuta efetiva e sensível precisa incluir as necessidades dos sujeitos, não por uma questão humanística, mas como um elemento capaz de perturbar e analisar os modos de vida naturalizados e as práticas de saúde instituídas.

Com base no exposto, salienta-se que, se por um lado a distância entre o Hospital Pérola Byington e a cidade de procedência das participantes revelou uma barreira geográfica na rota crítica, por outro, contraditoriamente, apresentou-se

como ponto favorável, visto que, garantia, de fato, o sigilo das mulheres sobre seus dramas pessoais.

Necessidade que remeteu à ausência de informações sobre o procedimento do aborto em si também foi evidenciada nos relatos e associa-se à acolhida recebida no serviço de referência. A escassez de informações ou uma linguagem pautada em termos técnicos desencadeia uma comunicação pouco efetiva que, segundo Pereira (2004), está associada com as relações assimétricas de poder entre profissional, mais precisamente o médico, e os usuários. Para a autora, a ausência de informações busca colocar, simbolicamente, o indivíduo em seu lugar de passividade, de espera, o da não informação sobre seu corpo.

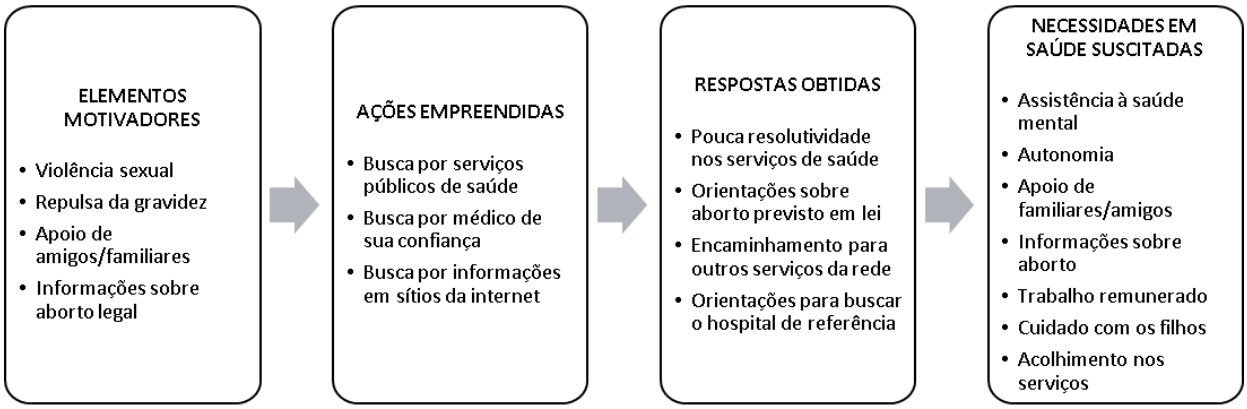
Considerando a realidade vivenciada pelas entrevistadas, as informações quando ofertadas ocorreram concomitantemente ao deferimento da solicitação pelo aborto, o que pode ter influenciado a apreensão do que lhes foi repassado. Por isso, reconhece-se a importância de repensar o processo com um todo, a fim de identificar o momento favorável para o repasse das informações, com o intuito de facilitar às mulheres verbalizarem e sanarem suas dúvidas relativas ao procedimento.

No processo de solicitação do aborto legal do Hospital Pérola Byington, acredita-se que tal acolhimento seria adequado durante a consulta de enfermagem, realizada pela enfermeira da equipe multiprofissional do Núcleo AVS, haja vista a consulta ocorrer, geralmente, após decisão médica sobre a técnica a ser utilizada para realizar o aborto. Sendo as profissionais dessa área educadoras em sua essência, acredita-se que esse poderia ser um espaço para estimular o esclarecimento de dúvidas acerca do procedimento ao qual as mulheres serão submetidas, sendo um momento fundamental para acolhê-las, bem como suas necessidades.

Mediante o exposto, reconhecendo a influência da dimensão estrutural e particular da realidade objetiva na vivência dos percalços na busca pelo aborto legal e no consequente surgimento de necessidades em saúde, a representação gráfica a seguir, adaptada do estudo proposto por Sagot (2000), apresenta os elementos motivadores para o início da rota crítica, as ações empreendidas pelas mulheres e as respostas obtidas no âmbito das Instituições. Ao atuarem de forma desorganizada e isolada, os serviços contribuíram para que fossem desencadeadas

necessidades em saúde que tornaram a busca pelo aborto legal ainda mais dificultosa para as mulheres.

Figura 2 – Representação esquemática da rota crítica na busca pelo aborto legal. Livremente adaptada de Sagot (2000)



Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual e o aborto são fenômenos controversos na sociedade que mexem com o imaginário social e acionam opiniões, na maioria das vezes, acríticas e superficiais que não refletem a complexidade da situação alicerçada nas desigualdades de poder entre os gêneros. As desigualdades aparecem de modo transversal na vida das mulheres, naturalizando os papéis sociais que as colocam em posição de subalternidade, além de legitimar diversas formas de violências a que estão expostas durante a vida. Essa assimetria de poder repercute negativamente no processo saúde-doença das mulheres, inclusive quando são vítimas de violência e procuram assistência nos serviços de saúde.

Este estudo conseguiu alcançar o objetivo geral de compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realização do aborto previsto em lei. A análise, a partir do referencial teórico utilizado, possibilitou a compreensão dos inúmeros entraves presentes nas trajetórias abortivas e, consequentemente, das necessidades em saúde desencadeadas quando as pesquisadas buscaram apoio e solicitaram aborto legal em diferentes serviços.

Os discursos apontaram particularidades quanto à vivência do estupro, porém revelaram que essa manifestação máxima de violência também esteve associada a outras formas, como física, psicológica e social. A moralidade sexual feminina histórica e socialmente construída dificultou a procura das mulheres por assistência em instituições de saúde ou de âmbito policial e jurídico devido às sanções morais que, culturalmente, culpabilizam as vítimas pela violência, e não os seus algozes.

Diante da descoberta da gravidez, a violência sexual apresentou-se como elemento motivador prioritário para a decisão pelo aborto, sendo essa uma forma de as pesquisadas retomarem o poder sobre seus corpos e, portanto, sua autonomia. Contudo, essa decisão esteve marcada por sentimentos ambíguos apoiados em convenções de gênero que concebem a maternidade como função primordial inerente ao feminino.

O desconhecimento sobre a possibilidade de vítimas de estupro realizarem aborto por via legal impulsionou as pesquisadas a acionar amigas ou profissionais de saúde da sua confiança para obter informações sobre onde e como realizar o

procedimento. A internet se configurou como o meio mais acessado para buscar formas ilegais para interromper a gestação, entretanto, apresentou-se como catalisadora para as mulheres conseguirem ferramentas que minimizassem possíveis desgastes em um itinerário abortivo repleto de percalços. Paradoxalmente, essas buscas ofereceram, de forma segura e anônima, informações sobre o aborto legal e a possibilidade de realizá-lo no Hospital Pérola Byington.

A não linearidade da trajetória abortiva pode ser evidenciada a partir da peregrinação das mulheres e a dificuldade de conseguir romper as barreiras da moralidade que cerceiam a prática abortiva, mesmo em situações legais e moralmente aceitas, como em caso de gravidez oriunda de estupro.

No processo da rota crítica, constatou-se que as pesquisadas recorreram, majoritariamente, aos serviços de saúde para obter informações e solicitar o aborto. No entanto, as respostas obtidas, em geral, tiveram forte conotação religiosa e moral, que podem configurar novas formas de violência, expressas em acolhimento precário, descrença na narrativa da mulher, comportamentos julgadores ou mesmo indiferentes por parte dos profissionais, ausência de informações sobre trâmites burocráticos, peregrinação entre serviços, objeção de consciência e pouca ou nenhuma resolutividade diante da demanda.

Os resultados revelaram a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem e legitimarem as mulheres como vítimas de violência. A falta desse reconhecimento revela que a decisão das mulheres no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos – entre eles o aborto legal – esteve constantemente subordinada às relações de poder, seja em relação aos agressores ou aos profissionais de saúde. Foi a partir da leitura que os profissionais fizeram das mulheres, de seus corpos e de suas narrativas que elas adquiriram – ou não – ferramentas que possibilitavam seguir a trajetória em busca de exercer legalmente o direito de interromper a gravidez.

Chama atenção o fato de alguns serviços de saúde terem imputado às mulheres a responsabilidade de procurar atendimento para sua demanda, o que revela falta de sensibilidade dos profissionais para lidar com vítimas de violência, além de evidenciar desorganização do processo de trabalho, fragmentação da assistência e inexistência de atendimento integral.

Em relação ao Hospital Pérola Byington, apesar de tratar-se de um serviço de referência e ter sido um espaço de acolhida e respeito, alguns relatos apontaram

posturas julgadoras por parte de profissionais da recepção do serviço, violência durante o exame ultrassonográfico, além de entraves quanto a não flexibilização de datas para marcar o procedimento. Essas situações, apesar de pontuais, indicaram fragilidades que podem influenciar diretamente a rota crítica, visto operarem como elementos inibidores capazes de repercutir negativamente nessa trajetória, podendo favorecer, inclusive, a ocorrência de abortos clandestinos.

Potenciais de desgastes também foram constatados durante o período de internação das participantes, que vivenciaram medo, sobretudo pela desinformação acerca do procedimento. Constatou-se ausência de assistência rotineira da equipe de psicologia para dar suporte às mulheres internadas, revelando-se como lacuna na assistência.

O sentimento de alívio das mulheres, após a realização do aborto, foi unânime. A maioria relatou que a experiência promoveu ressignificação do aborto, revelando atitudes mais empáticas e solidárias para com as mulheres que interrompem a gravidez, independente dos motivos que as levam a tomar tal decisão.

Retomando o pressuposto do estudo, as dificuldades de acessar um serviço para solicitar aborto previsto em lei e as atitudes e respostas dos profissionais diante dessa demanda provocaram necessidades em saúde nem sempre verbalizadas, seja porque os profissionais não deram oportunidade para o estabelecimento de uma comunicação afetiva ou porque as mulheres não se sentiram confortáveis para fazê-la.

De modo geral, as necessidades expressas pelas entrevistadas remeteram, sobretudo, às necessidades propriamente humanas. Apesar de a maioria ter enfocado a dimensão individual, identificou-se alguma compreensão sobre a influência da dimensão estrutural da sociedade nos percalços vivenciados durante a rota crítica.

As necessidades suscitadas logo após a descoberta da gravidez voltaram-se para a dicotomia entre as dimensões biológica e psíquica, reforçando a fragmentação do indivíduo, desconsiderando a influência do contexto social e das desigualdades de gênero no processo saúde-doença das mulheres. Já as necessidades que remeteram à autonomia das mulheres estiveram vinculadas à dificuldade de elas decidirem livremente sobre seus corpos. No contexto reprodutivo, as dificuldades relacionadas ao exercício da autonomia se referem às iniquidades de gênero advindas da moralidade sexista. Os discursos das mulheres apontaram a

necessidade de fortalecimento por meio de apoio emocional, empatia, sororidade e aquisição de informações sobre o aborto.

Necessidades relacionadas à produção e reprodução social também foram constatadas e emergiram, principalmente, pela ausência de uma rede de atenção às vítimas de violência estruturada nas cidades de procedência das participantes. A dificuldade para acessar um serviço que realizasse aborto exigiu que as mulheres se ausentassem das suas atividades laborais e/ou dos cuidados com os filhos. Nesses casos, evidenciou-se que a interface entre os diferentes papéis exigidos das mulheres pela sociedade atual em sua dupla ou tripla jornada torna o processo da rota crítica ainda mais penoso e culpabilizante, desencadeando conflitos para além daqueles advindos da decisão pelo aborto.

O acolhimento foi uma necessidade enfatizada unanimemente entre as entrevistadas e esteve relacionado à expectativa de uma assistência sigilosa e resolutiva, pautada na escuta qualificada. Ainda, depreendeu-se a necessidade de atendimento mais sensível voltado para o âmbito relacional nos serviços de saúde, não se restringindo apenas às queixas que se enquadram em medidas assistenciais prescritivas, embasadas no modelo biomédico hegemônico.

Constatou-se que a demanda por solicitação de aborto legal mascara uma gama de necessidades vinculadas a questões morais e aos estereótipos de gênero, sendo necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecê-las. O encontro que se estabelece entre profissionais e usuárias, no âmbito dos serviços de saúde, requer o estabelecimento de canais de comunicação para que esses espaços possam, de fato, serem reconhecidos como de acolhimento e de escuta. Além disso, a comunicação deve ser horizontal, livre da imposição de autoridade moral e do poder técnico dos profissionais de saúde, acionados de modo enfático diante de situações que envolvem abortos, como é possível observar nos resultados deste estudo.

A questão do aborto desperta aversão na maioria dos profissionais de saúde que vinculam o fenômeno a concepções ideológicas androcêntricas que contribuem para a opressão de mulheres caso tentem burlar a imposição social da maternidade. Tais concepções, associadas à legislação restritiva, fomentam a objeção de consciência dos profissionais quando mulheres solicitam aborto, dificultando, dessa forma, que elas exerçam plenamente sua cidadania.

Diante disso, acredita-se ser necessário um amplo debate social para diminuir o abismo existente entre o que propõem as políticas públicas e o que é viabilizado, de fato, pelos serviços de saúde. Reconhece-se como fundamental a reestruturação e reorganização dos serviços de saúde para atuar de modo intersetorial em uma perspectiva de rede de forma que as mulheres, quando vítimas de violência sexual, obtenham respostas resolutivas que minimizem a peregrinação em busca de assistência e, consequentemente, os obstáculos inerentes ao processo de busca pelo aborto previsto em lei.

Sendo assim, é imperativo que os profissionais atuantes em serviços que se propõem a atender vítimas de violência compreendam a determinação social desse fenômeno embasada na desigualdade de gênero e na opressão a que mulheres são submetidas nas mais diversas relações estabelecidas na sua vida. Uma das maneiras de superar esses obstáculos aos direitos reprodutivos é incluir esses temas na formação acadêmica ainda na graduação, seguindo na pós-graduação e na educação permanente.

Acredita-se que a postura ética do profissional amparada no conhecimento técnico, científico e de legislação possibilitará o empoderamento das mulheres, colocando-as como protagonistas desse processo, livres para fazer suas escolhas reprodutivas de modo consciente e autônomo. Admite-se, ainda, que essa realidade se configura como um desafio concreto para o trabalho em saúde, uma vez que requer a superação do modelo assistencial biologicista e, sobretudo, a desconstrução das normativas de gênero, com vistas a acolher a demanda do aborto de modo ético, imparcial e livre de julgamentos.

No entanto, é preciso reconhecer que o cenário político atual brasileiro apresenta-se preocupante, haja vista a forte presença de discursos religiosos fundamentalistas que dificultam a ocorrência de um debate crítico e necessário sobre as desigualdades de gênero, que reforçam as estruturas androcêntricas que alicerçam a sociedade. O contexto atual representa, inclusive, uma ameaça real aos direitos já conquistados pelas mulheres, especialmente o direito de interromper a gravidez nas situações legalmente estabelecidas pelo Código Penal de 1940.

Salienta-se que esta pesquisa apresenta limitações relacionadas ao reduzido número de participantes, as quais, em sua totalidade, residiam na região Sudeste do Brasil. E embora as dificuldades vivenciadas pelas entrevistadas converjam em alguns aspectos, elas apresentam singularidades que impossibilitam generalizar os

resultados. Outro fator limitante diz respeito ao fato de as entrevistas terem ocorrido no âmbito do serviço de saúde onde o aborto foi solicitado, fato que pode ter influenciado, de algum modo, as informações sobre o acesso e acolhimento. Ainda, a mudança na gestão no Núcleo AVS veiculada pela mídia em ocasião próxima ao início da coleta de dados e o menor número de médicos para realização de abortos diminuíram a procura pelo referido serviço naquele período.

Apesar disso, acredita-se que os resultados obtidos podem contribuir para a ampliação do conhecimento no campo da Saúde Coletiva, visto correlacionar os fenômenos da violência sexual e aborto com a perspectiva de gênero e sua interface com as necessidades em saúde. Essa integração possibilita a acadêmicos, profissionais de saúde e gestores um novo olhar sobre o aborto, contribuindo para a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres, bem como para a promoção de reflexões sobre a assistência ao aborto para que as mulheres sejam vistas como sujeitos de direito, e não como meras receptoras de decisões alheias à sua vontade.

Referências

REFERÊNCIAS

Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. Lancet [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct. 20]; 383: 1648–54. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529867.

Almeida JJ. Aborto de feto anencéfalo: nova perspectiva após decisão do STF. Revista CEJ, América do Norte [Internet]. 2014 [citado 2019 out. 20];18(64):26-31. Disponível em: http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/aborto-de-feto-anenc%C3%A9falo-nova-perspectiva-ap%C3%B3s-decis%C3%A3o-do-stf.

Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct. 22];51:e03207. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03207.pdf.

Arendt H. Sobre a violência. 7ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

Assifi AR, Berger B, Tunçalp O, Khosla R, Ganastra B. Women's awareness and knowledge of abortion laws: a systematic review. PLoS ONE [Internet]. 2016; [cited 2019 Jul. 10];11(3): e0152224. Avaliable from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0152224. DOI: 10.1371/journal.pone.0152224.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 [citado 2019 ago. 15];10(3):549-560. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf.

Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017 [citado 2019 ago. 05];22(9): 3013-3022, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3013.pdf.

Badinter E. O conflito: a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record; 2011.

Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.

Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação [Internet]. 2014; [citado 2019 out. 20]; 29(2): 449–70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf.

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Beleli I. New Situations: between “Gang Rape” and the “Farce Of Rape” in Network Society. Cad Pagu [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 10]; 47(e164710). Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/cpa/n47/en_1809-4449-cpa-18094449201600470010.pdf. DOI: 10.1590/18094449201600470010.

Benardes CRO, Müller DVR, Melo E, Orsomarzo F, Lacerda GL, Branco JC, et al. O que é sororidade e por que precisamos falar sobre? Justificando [Internet]. 2016 jun. 02 [citado 2019 ago. 14]. Disponível em: http://www.justificando.com/2016/06/02/o-que-e-sororidade-e-por-que-precisamos-falar-sobre/

Beynon-Jones SM. Re-visioning ultrasound through women’s accounts of pre-abortion care in England. Gender Soc [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug. 12]; 29(5):694–715. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564765/. DOI: 10.1177/0891243215590101.

Bicanic IAE, Hehenkamp LM, Putte EM, Wijk AJ, Jongh A. Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. Eur J Psychotraumatol [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul. 10];6:25883. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4429257/. DOI: 10.3402/ejpt.v6.25883.

Biroli F. Aborto, justiça e autonomia. In: Biroli F, Miguel LF, organizadores. Aborto e democracia. São Paulo: Alameda; 2016. p.17-46.

Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated to late-term abortion after rape: literature review. Reprod clim [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct. 11];29(2):60–5. Avaliable from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208714000417. DOI: 10.1016/j.recli.2014.08.003.

Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. Int Arch Med [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct. 11]; 8(22):1-14. Avaliable from: http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1004. DOI: 10.3823/1628.

Bourdieu P. A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica. 4ª ed. Rio de Janeiro: BestBolso; 2017.

Bourdieu P. A miséria do mundo. Petropólis: Editora Vozes; 2001.

Brack CE, Rochat R, Bernal OA. “It's a Race Against the Clock”: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct. 10]; 43(4):173-82. Avaliable from: https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2018/06/its-race-against-clock-qualitative-analysis-barriers-legal-abortion-bogota. DOI: 10.1363/43e5317.

Brack CE, Rochat RW, Bernal AO. “It’s a Race Against the Clock”: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. Int Perspect Sex Reprod Health [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul. 15]; 43(4):173–82. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29990291.

Brasil. Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. 2002 [citado 2019 Out. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4388.htm.

Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. 1940 [citado 2017 nov. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.

Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, 25 nov. 2003.

Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 08 ago. 2006a.

Brasil. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União, Brasília, 10 ago. 2009.

Brasil. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, 02 ago. 2013a.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2ª ed. Brasília; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011d.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Caderno de textos: cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2011e.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2005c, Seção I, p.124.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 485, de 01 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2014a, n.63, Seção I, p. 53.

Brasil. Resolução nº 258, de 06 de novembro de 1997. Solicita ao Ministério da Saúde que proceda a normatização e regulamentação do atendimento nos casos de aborto legal pelo SUS. In: Diário Oficial da União. Brasília; 1997, n.62, Seção I.

Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2012b, n.12, Seção I, p.59.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília; 2006b.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília; 2011a.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. Brasília; 2011b.

Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília; 2011c.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2006a.

Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 [citado 2019 out. 01];11(23): 605-18. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a14v1123.pdf. DOI: 10.1590/S1414-32832007000300014.

Cárdenas R, Labandera A, Baum SE, Chiribao F, Leus I, Avondet S, et al. “It’s something that marks you”: abortion stigma after decriminalization in Uruguay. Reprod Health [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct. 10]; 15(1): 150. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30201009. DOI: 10.1186/s12978-018-0597-1.

Castro MG. Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos. Estudos Feministas [Internet]. 1992 [citado 2019 out. 12];0(0):57-73. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15801.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.

Cerdas L, Arroyo C, Gómez A, Holst I, Ângulo Y, Vargas M et al. Epidemiology of rapes in Costa Rica: Characterization of victims, perpetrators and circumstances surrounding forced intercourse. Forensic Science International [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul. 10];242:204–209. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25063933. DOI: 10.1016/j.forsciint.2014.06.006.

Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.

Cohen JL. Repensando a privacidade: autonomia, identidade e a controvérsia sobre o aborto. Rev Bras Ciênc Polít [Internet]. 2012 [citado 2019 ago. 15]; 7:165-203. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n7/a09n7.pdf.

Colas OR, Andalaft Neto J, Rosas CF, Kater JR, Pereira IG. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. Bioética [Internet]. 1994 [citado 2019 set. 10]; 2(1):81-5. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/30.

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf.

Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará [Internet]. 1994 [citado 2019 Set. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf.

D´Oliveira AFPL. Violência de gênero, necessidades de saúde e o uso do serviço em Atenção Primária em Saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. Rev Med [Internet]. 2013 [citado 2019 jun. 30]; 92(2):134-40. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140

Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):417-25.

Delziovo CR, Coelho EBS, d´Orsi E, Lindner SR. Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina, Brazil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul. 10];23(5):1687-96. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/en_1413-8123-csc-23-05-1687.pdf.

DePiñeres T, Raifman S, Mora M, Villarreal C, Foster DG, Gerdts C. 'I felt the world crash down on me': women's experiences being denied legal abortion in Colombia. Reproductive Health [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug. 20];14:133. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29058629. DOI: 10.1186/s12978-017-0391-5.

Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev bioét [Internet]. 2014 [citado 2019 set. 20]; 22(2):291–98. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/11.pdf. DOI: 10.1590/1983-80422014222010.

Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 [citado 2019 ago. 12];17(7):1671-81. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n7/1671-1681/. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700002.

Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2019 out. 10];29(9):1704-06. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a02v29n9.pdf. DOI: 10.1590/0102-311XPE010913.

Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2019 out. 10]; 45(5):981-5. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2011.v45n5/981-985.

Drezett J, Pedroso D, Gebrim LH, Matias ML, Macedo Júnior H, Abreu LC. Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres. Reprod Clim. 2011; 26(3):85-91.

Drezett J, Pedroso D, Meirelles AC, Gebrim LH. A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar. Mundo da Saúde [Internet]. 2012 [citado 2019 out. 10];36(2):346-50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/clinica_situacoes_abuso_sexual_aspectos.pdf.

Duarte NIG, Moraes LL, Andrade CB. Abortion experience in the media: analysis of abortive paths shared in an online community. Ciênc saude coletiva [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug. 23];23(10):3337-46. Avaliable from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n10/en_1413-8123-csc-23-10-3337.pdf.

Egry EY, Fonseca RMGS, Apostólico MR, Cubas MR, Chaves MMN, Rehem T. O coletivo como objeto do cuidado de Enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: Costa AP, Sánchez-Gómez MC, Cilleros MVM, organizadores. A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos. Aveiro: Ludomedia; 2017. p.103-37.

Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [citado 2019 ago. 12]; 66(N.esp.):119-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea16.pdf.

Egry EY, Oliveira AMC. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.p.33-40.

Engels CL. As atualizações e a persistência da cultura do estupro no Brasil: texto para discussão. Rio de Janeiro: Ipea; 2017.

Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [citado 2019 Sep. 05]; 17(7):1755-63. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/14.pdf. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700014.

Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet].2004[citado 2019 ago. 23];26(2):89-96. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a02v26n2.pdf. DOI:10.1590/S0100-72032004000200002.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev esc enferm. USP [Internet]. 2005 [citado 2019 jun. 30];39(4):450-59. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/11.pdf. DOI: 10.1590/S0080-62342005000400012.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2019 [Internet]. São Paulo; 2019 [citado 2019 out. 10]. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf

Foucault M. Microfísica do poder. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.

Fracolli LA, Bertolozzi MR. O trabalho em saúde e o processo de produção: uma questão para a enfermagem. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.p.22-32.

Frías S. Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia: un análisis a partir de la ENDIREH 2016. Pap Poblac [Internet]. 2018 [cited 2019 jun. 18]; 24(95):237-72. Avaliable from: https://www.redalyc.org/jatsRepo/112/11255298011/html/index.html. DOI: 10.22185/24487147.2018.95.10.

Frías SM, Ríos-Cázares A. After rape: Mexican women's help-seeking and access to emergency health care in public prosecutor's offices. Feminist Criminology [Internet]. 2009 [cited 2019 Jun. 18];14(1):65–88. Avaliable from: https://www.researchgate.net/publication/313266029_After_Rape_Mexican_Women's_Help-seeking_and_Access_to_Emergency_Health_Care_in_Public_Prosecutor's_Offices. DOI: 10.1177/1557085116688778.

Galli B, Drezett J, Cavagna Neto M. Aborto e objeção de consciência. Cienc Cult [Internet]. 2012 [citado 2019 out. 10]; 64(2):32-5. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a14v64n2.pdf.

García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep. 10]; 385(9977):1567-79. Available from: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7

Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2019 out. 12];34 (11):e00172617. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/1678-4464-csp-34-11-e00172617.pdf. DOI: 10.1590/0102-311X00172617

Gerdts C, DePiñeres T, Hajri S, Harries J, Hossain A, Puri M et al. Denial of abortion in legal settings. J Fam Plann Reprod Health Care [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct. 11];41:161–63. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25511805. DOI: 10.1136/jfprhc-2014-100999.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad. Saúde Públ [Internet]. 1994 [citado 2019 out. 20]; 10(sup.1):146-55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a10.pdf. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000500010.

Godoy CLM. Vivência de mulheres que sofreram violência sexual e solicitaram interrupção legal de gestação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2015.

Gomes AMA, Nations MK, Sampaio JJC, Alves MSCF. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. Rev APS [Internet]. 2011 [citado 2019 ago. 30];14(4): 435-46. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14821.

Grela A, Gautam L, Cole MD. A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases. Forensic Science International [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun. 20]; 292: 50–60. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30292936. DOI: 10.1016/j.forsciint.2018.08.034.

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct. 08]; 47(2):304–11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf. DOI: 10.1590/S0080-62342013000200005

Guedes RN, Fonseca RMGS. Autonomy as a structural need to face gender violence. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct. 08]; 45(N. esp. 2):1731-35.Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_16.pdf. DOI: 10.1590/S0080-62342011000800016.

Guedes RN, Silva TMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery [Internet]. 2009 [citado 2019 out. 08]; 13(3):625-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf. DOI: 10.1590/S1414-81452009000300024.

Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO/ CEPESC; 2007. p.199-212.

Heller A. Teoria de las necessidades em Marx. 2ª ed. Barcelona: Peninsola; 1986.

Hospital Pérola Byington: Centro de Referência Saúde da Mulher. Núcleo AVS. Estatística do número de atendimentos no ano de 2018. São Paulo; 2019.

IBGE. Censo 2010. [Internet]: 2010. [citado 2019 set. 15]. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html.

Jerman J, Onda T, Jones RK. What are people looking for when they Google “self-abortion”? Contraception [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul. 12];97(6):510–14. Avaliable from: https://journals.lww.com/obgynsurvey/Fulltext/2018/09000/What_Are_People_Looking_for_When_They_Google.17.aspx#pdf-link. DOI: 10.1016/j.contraception.2018.02.006.

Keogh LA , Gillam L, Bismark M, McNamee K, Webster A, Bayly C et al. Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion servisse providers. BMC Medical Ethics [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug. 15];20:11. Avaliable from: https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0346-1.

Kergoat D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. Gênero & Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.19-27.

Kiss LB, Schraiber LB, Pires AF, D´Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 [citado 2019 out. 23]; 11(23): 485-501. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a07v1123.pdf. DOI: 10.1590/S1414-32832007000300007.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011[citado 2019 set. 01];16(3):1943-952. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/28.pdf.

Kumar A, Hessinia L, Mitchell EMH. Conceptualising abortion stigma. Cult Health Sex [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug. 15];11(6):625-39. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19437175. DOI: 10.1080/13691050902842741.

Lima CA, Deslandes SF. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. Saude soc [Internet]. 2014 [cited 2019 set. 01];23(3):53-66. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf.

Lima CA. Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.

Lima MCD, Larocca LM, Nascimento DJ. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. Saúde debate [Internet]. 2019 [citado 2019 ago. 10];43(121):417-28. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0417.pdf. DOI: 10.1590/0103-1104201912110.

Lopes SF, Vieira RM, Moreira A. WEBQDA na análise qualitativa de interações no contexto de uma oficina de formação de professores. Indagatio Didactica. 2013;5(2):111-21.

Lourenço RG. A violência entre parceiros íntimos adolescentes à luz de gênero e geração: a percepção e as práticas de profissionais de saúde e áreas afins [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 16ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2014.

Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [cited 2017 dez. 10]; 31(2):345-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00345.pdf. DOI: 10.1590/0102-311X00051714.

Madeiro A, Rufino A, Santos P, Bandeira G, Freitas I. Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. Rev bras educ med [Internet]. 2016 [citado 2019 out. 10]; 40(1):86-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n1/1981-5271-rbem-40-1-0086.pdf. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n1e02382014

Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016 [citado 2019 jul. 01];21(2):563–72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf. DOI: 10.1590/1413-81232015212.10352015.

Massaro LTS, Adesse L, Laranjeira R, Caetano R, Madruga CS. Rape in Brazil and relationships with alcohol consumption: estimates based on confidential self-reports. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun. 10];35(2): e00022118. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n2/en_1678-4464-csp-35-02-e00022118.pdf. DOI: 10.1590/0102-311x00022118.

Matos D, Barros E, Rocha J. Acesso à informação e aborto legal: mapeando desafios nos serviços de saúde. Artigo 19 [Internet]. 2019 [citado 2019 out. 10]. Disponível em: https://artigo19.org/wpcontent/blogs.dir/24/files/2019/06/RelatorioAcessoInformacaoAbortoLegal.pdf

Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [citado 2019 out. 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [citado 2019 out. 26]; 15(5):2297-305. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500005.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; 2017. p.298-374.

Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. Saúde Soc [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct. 22];23(3):778-86. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/en_0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf. DOI: 10.1590/S0104-12902014000300004.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ªed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Miguel LF. O direito ao aborto como questão política. In: Biroli F, Miguel LF, organizadores. Aborto e democracia. São Paulo: Alameda; 2016. p.47-64.

Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa [Internet]. 2017 [citado 2019 out. 01];5(7):1-12. Disponível em: http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59.

Moraes P, Bertolozzi M, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [citado 2019 set. 17]; 45(1):19–25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf.

Munro ML, Martyn KK, Campbell R, Graham-Bermann S, Seng JS. Important but Incomplete: Plan B as an Avenue for Post-assault Care. Sex Res Soc Policy [Internet]. 2015[cited 2019 Jul. 02];12:335–346. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895923/. DOI: 10.1007/s13178-015-0204-y.

Nunes MCA, Morais NA. Estupro e gravidez: relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação. Estud psicol [Internet]. 2016 [citado 2019 jul. 02];21(4):468-76. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v21n4/1413-294X-epsic-21-04-0468.pdf.

Oliveira CS, Delziovo CR, Lacerda JT. Redes de atenção à violência [Internet]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. [citado 2019 out. 22]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1882.

Oliveira MAC. (Re) significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [citado 2019 set. 17];65(3):401–05. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a02.pdf.

Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct. 12]; 23(2):299–306. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-3455-2555.pdf. DOI: 10.1590/0104-1169.3455.2555

Oliveira RNG. Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Organização das Nações Unidas. Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Mulheres: Documento ONU A/CONF.177/20 [Internet]. Pequim; 1995 [2019 jul. 28]. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf.

Organização das Nações Unidas. Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento: Documento ONU A/CONF.171/1 [Internet]. Cairo; 1994 [2019 jul. 28]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf.

Ortiz-Millán G. Abortion and conscientious objection: rethinking conflicting rights in the Mexican contexto. Global Bioethics [Internet]. 2017[cited 2019 Aug. 15]; 29(1):1–15. Avaliable from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11287462.2017.1411224. DOI: 10.1080/11287462.2017.1411224.

Osis MJD, Pádua KS, Faúndes A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. Enfrentamento da violência pela saúde. Bol Inst Saúde [Internet]. 2013 [citado 2019 jul. 02]; 14(3):320-8. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n3/v14n3a10.pdf.

Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

Pasinato W, coordenadora. Diretrizes Nacionais Feminicídio: investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero a morte violenta de mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2016.

Patterson D, Greeson M, Campbell R. Understanding Rape Survivors' Decisions Not to Seek Help from Formal Social System. Health Soc Work [Internet]. 2009[cited 2019 Jul. 02];34(2):127-36. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19425342. DOI: 10.1093/hsw/34.2.127.

Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2004 [citado 2019 set. 15];13(3):391-400. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf.

Perry R, Murphy M, Harwood B, Haider S. “One Problem Became Another”: Disclosure of Rape-Related Pregnancy in the Abortion Care Setting. Women's Health Issues [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul. 10];25(5) 470–75. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26143142. DOI: 10.1016/j.whi.2015.05.004.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Porto RM. Aborto legal e o cultivo ao segredo: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

Rocha MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. Rev bras estud popul [Internet]. 2006[citado 2019 jul. 10]; 23(2):369–74. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a11v23n2.pdf.

Rodrigues GC. O dilema da maternidade. São Paulo: Annablume, 2008.

Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cad Pagu [Internet]. 2001 [citado 2019 out. 01]; 16:115-36. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf. DOI: 10.1590/S010483332001000100007

Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cad pagu [Internet]. 2001 [citado 2019 out. 20];16:115-36. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf. DOI: 10.1590/S0104-83332001000100007

Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

Saffioti HIB. O poder do macho. São Paulo: Moderna; 1987.

Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en américa latina: estudios de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

Santin MAV. Sexualidade e reprodução: da natureza aos direitos: a incidência da Igreja Católica na tramitação do Projeto de Lei 20/91– aborto legal e Projeto de Lei 1151/95–união civil entre pessoas do mesmo sexo [tese]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Santos DLA, Brito RS. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. Physis [Internet]. 2014 [cited 2019 jul. 02]; 24(4):1293-314. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01293.pdf.

São Paulo (Estado). Decreto nº 46.369, de 14 de dezembro de 2001. Dispõe sobre o atendimento no Programa Bem-Me-Quer. In: Diário Oficial do Estado. São Paulo; 2001 111 (237):1.

São Paulo. Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano [Internet]. São Paulo; [citado 2019 jul. 01]. Disponível em: https://www.emplasa.sp.gov.br/RMSP.

Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora UNESP; 2004.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. Athenea Digital [Internet]. 2012 [citado 2019 jul. 01];12(3):237-54. Disponível em: http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-etal/1110-pdf-pt.

Scott JW. Gender: A useful category of historical analysis. The American Historical Review [Internet]. 1986 [cited 2019 Jul. 10];91(5): 1053-75. Available from: https://www.jstor.org/stable/1864376?seq=1#metadata_info_tab_contents.

Scott JW. Gender: still a useful category of analysis? Diogenes [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct. 05];57(1):7-14. Avaliable from: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0392192110369316 DOI: 10.1177/0392192110369316.

Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [cited 2019 out. 03]; 23(5): 1591-99. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1591.pdf DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016

Shah IH, Åhman E, Ortayli N. Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). Contraception [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep. 12];90(6 Suppl): S39-S48. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24825123. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.04.004.

Silva AL. Ensaios em saúde coletiva: entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. Saúde coletiva [Internet]. 2005 [acesso 2019 set. 10];2(7):71. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/842/84220794001.pdf

Silva JPV, Batistella C, Fonseca ML. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca AF, organizadora. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 159-76.

Silva MCO. A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar [dissertação]. Natal: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

Soares JSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [citado 2019 out. 23];22(66):789-800. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-1807-576220160835.pdf. DOI: 10.1590/1807-57622016.0835.

Sousa RF. Cultura do estupro: prática e incitação à violência sexual contra mulheres. Rev Estud Fem [Internet]. 2017; [citado 2019 set. 01];25(1):9–29. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n1/1806-9584-ref-25-01-00009.pdf.

Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. Physis [Internet]. 2013 [citado 2019 out. 20];23(2):393-413. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a05.pdf.

Souza FBC, Drezett J, Meirelles AC, Ramos G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. Reprod Clim [Internet]. 2013 [citado 2019 jun. 20];27(3): 98-103. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X. DOI: https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.002.

Souza FBC. Consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas [dissertação]. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.

Souza FN, Costa AP, Moreira A. Análise de dados qualitativos suportada pelo Software WebQDA. In: Atas da VII Conferência Internacional de TIC na Educação: perspectivas de inovação; 2011; Braga.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilibio LFS, Ceccim RB, Feuererker HAP, organizadores. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v.1.p. 284-99.

Talib RA, Citeli MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Dossiê. São Paulo: Católicas pelo direito de decidir; 2005.

Tinoco D. Antídoto à rivalidade: sororidade, substantivo feminino. O Globo [Internet]. 2016 mar. 26 [citado 2019 ago. 14]. Disponível em: https://oglobo.globo.com/mundo/sororidade-substantivo-feminino-18959230.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2019 set. 05];20(suppl.2):S190-98. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

Upadhyay UD, Weitz TA, Jones RK, Barar RE, Foster DG. Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States. Am J Public Health [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct. 15]; 104(9):1687-94. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23948000. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301378.

Upadhyay UD, Weitz TA, Jones RK, Barar RE, Foster DG. Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States. Am J Public Health [Internet]. 2014 cited 2019 Aug. 10];104(9):1687-94. Avaliable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23948000. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301378.

Villas-Bôas ME. The right and duty of secrecy, as a patient protection. Rev Bioét [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep. 12]; 23(3): 513-23. Avaliable from: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/en_1983-8034-bioet-23-3-0513.pdf.

Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [citado 2019 set. 01];23(2):471–75. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/25.pdf. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000200025.

World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva; 2013a.

World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2ª ed. Geneve; 2013b.

World Health Organization. World report on violence and health. Geneva; 2002.

Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [citado 2019 ago. 11];17(7):1745-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/13.pdf

Apêndices

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº [ ]

1. QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS

Cidade/estado de procedência	
Idade	
Cor da Pele	
Estado Conjugal	
Religião	
Nível de Escolaridade	
Profissão	
Trabalho atual	
Renda Familiar	
Número de gestações	
Número de abortos	
Número de filhos vivos	
Idade gestacional (na solicitação do aborto)	

2. ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA

Primeiro Momento

Gostaria de conversar com a senhora sobre sua experiência na busca pelo aborto legal. Posso iniciar a entrevista?

- A senhora poderia me contar a sua história? O que a trouxe ao Hospital Pérola Byington?
- Como a senhora se sentiu quando descobriu que estava grávida? Como foram suas reações?

- Como foi o processo de tomada de decisão pelo aborto?
- Como foi a busca até chegar a um serviço que pudesse realizar o aborto?
- Você recebeu ajuda ou impedimento de alguém para buscar o serviço?
- Como se sentiu até chegar a um serviço que pudesse realizar o aborto?
- Como percebeu a atenção dos profissionais com quem teve contato durante a busca por um serviço para realizar o aborto?

Segundo Momento

Gostaria de conversar com a senhora sobre o resultado do parecer da sua solicitação para interromper a gravidez. Posso iniciar a entrevista?

- A senhora poderia me contar como se sentiu após receber o parecer da sua solicitação para o aborto?
- Como percebeu o acolhimento que recebeu dos profissionais no serviço atual?
- A senhora acha que essa experiência modificou a sua visão sobre aborto? Como?
- A senhora gostaria de comentar algo mais sobre essa experiência?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada senhora,

Este é um convite para participar da pesquisa intitulada **Necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo aborto legal**, desenvolvida pela pesquisadora responsável Danyelle Leonette Araújo dos Santos, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Profª Drª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

O estudo tem como objetivo compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realização do aborto legal. Sua participação é fundamental, pois possibilitará conhecer o caminho percorrido e as dificuldades encontradas pelas mulheres na busca pelo direito ao aborto legal. Com a pesquisa, espera-se obter informações capazes de contribuir para a implementação de políticas públicas nos serviços que compõem a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, em especial aqueles voltados à realização do aborto legal.

Se decidir aceitar o convite, a senhora será entrevistada e sua fala só será gravada com a sua permissão. Caso contrário, poderemos realizar a entrevista sem o uso do gravador. Todas as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade prevista nesta pesquisa, estando sua identidade preservada e mantida em sigilo.

A senhora correrá o risco de sentir-se desconfortável ou emocionada durante ou após a entrevista, pois esta fará com que relembre a violência sofrida. Para diminuir a possibilidade de situações constrangedoras, a entrevista será realizada em um local reservado, onde a senhora se sinta confortável para responder as perguntas. Caso se sinta abalada, poderá interromper a entrevista, sendo respeitado o seu desejo em continuar ou não a responder as perguntas. Se desejar, a equipe de psicologia do Hospital Pérola Byington será acionada para oferecer-lhe a devida assistência.

Sua participação é voluntária, o que significa dizer que a senhora poderá desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, retirando seu consentimento, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo ou penalidade. A senhora não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação. Nenhuma das despesas necessárias para a realização da pesquisa é da sua responsabilidade. Se, em qualquer momento, a senhora sofrer algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa terá direito a indenização.

Em qualquer etapa da pesquisa, a senhora terá acesso à pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A principal pesquisadora é a Srta. Danyelle Leonette Araújo dos Santos que pode ser

encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 05403-000, São Paulo – SP. Telefone (84) 999104777 e e-mail danyleonette@usp.br.

Caso a senhora tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP, que aprovou este projeto. O endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, CEP 05403-000, São Paulo – SP. Telefone (11) 3061-8858 e e-mail cepee@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias, uma ficará comigo, pesquisadora responsável, e a outra ficará com a senhora.

Participante (nome completo): _____

Assinatura da participante: _____

Pesquisadora responsável: Danyelle Leonette Araújo dos Santos

Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2018.

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO NÚCLEO AVS DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7652 - FAX (11) 3061-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970
e-mail:

Exmo. Dr. Jefferson Drezett
Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual
Hospital Pérola Byington

Prezado Senhor,

O grupo de pesquisa "Gênero, Saúde e Enfermagem", cadastrado no Diretório de Pesquisas do CNPq, coordenado pela professora Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Professora Titular Sênior é vinculado ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

Desde 2017, está sendo realizada a pesquisa que resultará na tese intitulada "Necessidades em saúde desencadeadas pela rota crítica percorrida por mulheres na busca pelo aborto legal", de autoria da aluna do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de São Paulo. O estudo tem como objetivo compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para a realização do aborto legal.

Vimos solicitar autorização para coleta de dados primários na instituição mencionada. Os dados serão coletados por meio de entrevista em profundidade, mediante roteiro semiestruturado, junto a mulheres com idade maior ou igual a 18 anos, provenientes de municípios situados fora do Município de São Paulo ou de outros estados brasileiros que recorram ao Hospital Pérola Byington para solicitar a interrupção legal de gravidez, resultante de estupro.

Os dados serão tratados de forma a assegurar a privacidade e a confidencialidade das entrevistadas, que terão sua identidade mantida em sigilo. Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Salientamos que serão atendidos todos os preceitos éticos propostos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas para regulamentação de pesquisas e testes com seres humanos. O projeto deverá ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.

Tendo ficado claros os objetivos desta coleta de dados e a postura ética dos pesquisadores envolvidos, solicitamos gentilmente o aceite de V.S. por meio de assinatura no campo discriminado neste documento, que será emitido em duas vias, ficando a primeira com V.S. e a segunda com as pesquisadoras.

Agradecemos a atenção dispensada e nos colocamos à disposição para esclarecimentos.

Danyelle Leonette A. Santos

Danyelle Leonette Araújo dos Santos
Pesquisadora e doutoranda
E-mail: danyleonette@usp.br
Telefone: (84) 99910-4777

Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
E-mail: rmgsfon@usp.br
Telefone: (11)3061-8865

Declaração de Aceite
Estando de acordo com a solicitação supracitada, subscrevo-me:

Dr. Jefferson Drezett
Coordenador do Núcleo de Atenção Integral à Mulher
em Situação de Violência Sexual

Anexos

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades em saúde desencadeadas pela rota crítica percorrida por mulheres na busca pelo aborto legal
Pesquisador: Danyelle Leonette Araújo dos Santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 88777018.3.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.660.395

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, a ser desenvolvido no Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher, localizado na cidade de São Paulo, Brasil.

Participarão do estudo mulheres com idade maior ou igual a 18 anos, provenientes de municípios situados fora da Região Metropolitana da cidade de São Paulo ou de outros estados brasileiros que recorram ao Hospital Pérola Byington para solicitar a interrupção legal de gravidez resultante de estupro.

Serão excluídas da pesquisa mulheres com problemas psiquiátricos graves ou com alguma deficiência cognitiva.
Os dados serão coletados por meio de entrevista em profundidade, mediante roteiro semiestruturado e, em seguida, organizados conforme estabelecido por Pierre Bourdieu e analisados utilizando o software Web Qualitative Data Analysis (WebQDA).
A discussão dos dados será embasada nas categorias analíticas "Violência de gênero", "Necessidades em saúde" e "Organização dos serviços para enfrentamento da violência contra a mulher e acesso ao aborto legal".

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

Será solicitada a anuência do Hospital Pérola Byington para desenvolver o estudo em suas dependências e autorização formal das entrevistadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Espera-se com esse estudo obter subsídios capazes de contribuir para a implementação e concretização de políticas públicas nos serviços que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência, em especial aqueles voltados à realização do aborto legal.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo geral:

Compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realização do aborto legal.

Objetivos específicos:

1) conhecer a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realizarem aborto legal.
2) Identificar elementos impulsores e inibidores, tanto internos como externos, que influenciam a busca pelos serviços de saúde para realização do aborto legal.
3) Analisar as necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual durante o percurso da rota crítica para a realização do aborto legal.
4) Conhecer as percepções de mulheres vítimas de violência sexual sobre as respostas encontradas nos serviços de saúde para realização do aborto legal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos e benefícios descritos na Plataforma Brasil:

Riscos:
A participante poderá sentir-se desconfortável ou emocionada durante ou após a entrevista, pois esta fará com que relembre a violência sofrida. Para diminuir a possibilidade de situações constrangedoras, a entrevista será realizada em um local reservado, onde ela se sinta confortável para responder as perguntas. Se, porventura, a entrevistada sentir-se abalada durante a entrevista, poderá interrompê-la a qualquer momento, sendo respeitado o seu desejo em continuar ou não a

responder os questionamentos. Além disso, caso deseje, a equipe de psicologia do Hospital Pérola Byington será acionada para oferecer-lhe a devida assistência.

Benefícios:
Os benefícios do estudo para as participantes estão no fato de possibilitarem maior compreensão sobre o caminho percorrido pelas mulheres na busca pelo direito ao aborto legal e as dificuldades por elas encontradas nesse percurso. Ademais, os resultados advindos de suas falas fornecerão informações relevantes capazes de contribuir para a implementação de políticas públicas nos serviços que compõem a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, em especial aqueles voltados à realização do aborto legal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Projeto compreende temática relevante e preocupação com a vulnerabilidade das participantes.

Foi apresentado o roteiro de entrevistas compatível com os objetivos da pesquisa e em acordo com as necessidades de sigilo pertinentes ao estudo.

A pesquisadora incluiu a anuência da instituição coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado está em conformidade com os ditames da Resolução 466 de 2012.

Recomendações:
Recomenda-se retirar o termo "comprovadamente" da seguinte sentença do TCLE:

" Se, em qualquer momento, a senhora sofrer algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa terá direito a indenização."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Sem óbices éticos

Considerações Finais a critério do CEP:
- Este CEP informa a necessidade de registro de resultados parciais e finais na Plataforma Brasil

- Este parecer não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.660.395

de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1115972.pdf	27/04/2018 20:54:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/04/2018 20:51:47	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_Danyelle_EQ.doc	26/04/2018 23:18:25	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Outros	Anuencia_Perola_Byington_Ok.pdf	26/04/2018 23:14:58	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/04/2018 23:09:42	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/04/2018 23:07:06	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_CEP_Assinada.pdf	26/04/2018 16:35:02	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 17 de Maio de 2018

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON

CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER - CRSM

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades em saúde desencadeadas pela rota crítica percorrida por mulheres na busca pelo aborto legal

Pesquisador: Danyelle Leonette Araújo dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88777018.3.3001.0069

Instituição Proponente: Centro de Referência da Saúde da Mulher

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.661.916

Apresentação do Projeto:

Tra-se deProjeto de pesquisa apresentado ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal:Compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota crítica percorrida por mulheres vítimas de violência sexual para realização do aborto legal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

N.D.N.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto ético e metodologicamente factível para realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acorso com a normatização da Conep. Projeto já aprovado pelo CEP da USP. Trata-se de iclusão de Instituição Co- Participante.

Recomendações:

N.D.N.

Endereço: Av.Brigadeiro Luiz Antonio, 683
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.317-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3248-8087 **Fax:** (11)3248-8080 **E-mail:** dircient@gmail.com

CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER - CRSM

Continuação do Parecer: 2.661.916

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência ou inadequação

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/04/2018 20:51:47	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_Danyelle_EQ.doc	26/04/2018 23:18:25	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito
Outros	Anuencia_Perola_Byington_Ok.pdf	26/04/2018 23:14:58	Danyelle Leonette Araújo dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2018

Assinado por:
Roberto Euzebio dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av.Brigadeiro Luiz Antonio, 683
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.317-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3248-8087 **Fax:** (11)3248-8080 **E-mail:** dircient@gmail.com