

---

## Vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao aborto relacionado à violência sexual

### Experiences of women and health professionals regarding abortion care related to sexual violence

Received: 2023-09-10 | Accepted: 2023-10-20 | Published: 2023-10-27

---

#### **Beatriz Regis da Cunha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0662-3586>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: [beatrizcunha2000@gmail.com](mailto:beatrizcunha2000@gmail.com)

#### **Lara Mabelle Milfont Boeckmann**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1213-559X>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: [lara.mabelle@unb.br](mailto:lara.mabelle@unb.br)

#### **Arlete Rodrigues Chagas da Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7347-5750>

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

E-mail: [arlete.rodrigues43@gmail.com](mailto:arlete.rodrigues43@gmail.com)

#### **Rita de Cássia Melão de Moraes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8526-0642>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: [ritamelao@unb.br](mailto:ritamelao@unb.br)

#### **Manuela Costa Melo**

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

E-mail: [melomanuela91@gmail.com](mailto:melomanuela91@gmail.com)

#### **Mônica Chiodi Toscano de Campos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4145-9216>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: [monicachiodi@unb.br](mailto:monicachiodi@unb.br)

---

#### **ABSTRACT**

**Objective:** The objective was to carry out an integrative literature review of available scientific evidence about the experiences of women and health professionals regarding abortion care related to sexual violence. **Method:** This was an integrative review in the database of The US National Library of Medicine-PubMed. The data search took place on 08/15/22 and later on 08/31/23. **Results:** 11 articles were selected and analyzed that answered the guiding question according to the defined exclusion and inclusion criteria. The findings revealed harmful consequences for women who suffered sexual violence with psychological and physical repercussions that culminated in abortion, difficulties in accessing health services, social stigma, among other challenges. For health professionals, conscientious objection and a lack of preparation and knowledge about legal abortion stood out. **Conclusion:** This study reiterates the importance of the topic and that more research with a higher level of scientific evidence be carried out so that the results can be expanded.

**Keywords:** Delivery of Health Care; Abortion; Sex Offenses; Patient Care Team.

## RESUMO

**Objetivo:** Objetivou-se realizar uma revisão integrativa da literatura das evidências científicas disponíveis acerca das vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao aborto relacionado à violência sexual. **Método:** Tratou-se de uma revisão integrativa na base de dados do *The US National Library of Medicine-PubMed*. A busca dos dados se deu em 15/08/22 e posteriormente em 31/08/23. **Resultados:** Foram selecionados e analisados 11 artigos que responderam a questão norteadora conforme os critérios de exclusão e inclusão definidos. Os achados revelaram consequências danosas para as mulheres que sofreram violência sexual com repercussões psicológicas e físicas que culminaram com o aborto, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, estigma social entre outros desafios. Para os profissionais de saúde, destacou-se a objeção de consciência e a falta de preparo e conhecimento sobre o aborto legal. **Conclusão:** Este estudo reitera a importância do tema e de que mais pesquisas com maior nível de evidência científica sejam realizadas para que os resultados possam ser ampliados.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde; Aborto; Delitos Sexuais; Equipe de Assistência ao Paciente.

---

## INTRODUÇÃO

A América Latina se destaca como uma das regiões de maior frequência de aborto inseguro (44/1.000), apesar de legislações restritivas na maioria dos seus países, excetuando-se o Uruguai, a Colômbia e Cuba. No Brasil, a lei relativa ao abortamento é restritiva e refere-se à interrupção da gravidez resultante de estupro e de risco de vida da gestante (Domingues et al., 2020).

O abortamento no Brasil previsto em lei considera apenas essas duas exceções, presentes no Artigo 128 do Código Penal. Com relação aos casos de anomalia fetal incompatível com a vida, apesar de não estarem contemplados nos permissivos da lei, também têm sido atendidos nos serviços de saúde, por meio de autorização judicial (JUSBRASIL, 2023).

Em diversos contextos, o aborto é utilizado com frequência no Brasil, principalmente nas regiões menos desenvolvidas e por mulheres socialmente mais vulneráveis. No entanto, em caso de gestação indesejada, o aborto é ilegal e esta ilegalidade traz outro problema, o abortamento inseguro, em que mulheres na clandestinidade estão sujeitas a métodos inseguros colocando-as em risco de maiores complicações. Desse modo, é esperado que uma gestação não desejada reverta-se em estresse psicológico e emocional ainda maior, agravado pelo estigma do aborto nos serviços de saúde (Domingues et al., 2020).

Ressalta-se que muitas vezes o aborto é visto apenas como um problema médico, ficando os aspectos psicológicos e sociais implicados nessa dinâmica em segundo plano. Para alguns, optar pelo aborto se configura em uma decisão egoísta da mulher que desafia a sociedade cujos códigos legais e morais procuram fazer com que ela conserve a gestação de qualquer forma (Borsari et al., 2012).

Na atualidade, o avanço da tecnologia e o acesso a métodos mais seguros de interrupção da gravidez provavelmente contribui para a redução de complicações, do número de hospitalizações e da morbimortalidade por aborto (Domingues et al., 2020).

No entanto, os retardos na assistência obstétrica adequada estão associados à maior ocorrência de desfechos maternos graves (Pacagnella et al., 2014). Considerando-se a ilegalidade do aborto na maioria dos casos, é de se supor que esses retardos ocorram, seja pela demora da mulher em procurar um serviço por falta de apoio social (Araújo et al., 2018), receio de assumir uma prática ilegal (Diniz & Madeiro, 2012) ou pelo estigma associado ao aborto (Araújo et al., 2018; Gelman et al., 2017).

Com relação à assistência da equipe de saúde, um ponto considerado sensível no atendimento a estas mulheres é que algumas abordagens são influenciadas por questões morais/religiosas que trazem dificuldades para a compreensão do aborto legal. Geralmente, a assistência à saúde é norteadada pela concepção de que o abortamento é um crime, sem referência

aos direitos reprodutivos ou às questões sociais que derivam da problemática da clandestinidade (Soares, 2003).

Reitera-se que inúmeros são os desafios no acesso aos serviços que realizam abortos no país. No caso de gravidezes resultantes da violência sexual, os obstáculos são ainda maiores devido à combinação de estigmas atribuídos à violência sexual, à mulher e ao aborto (Kumar, et al., 2009; Cárdenas, et al., 2018).

Em pesquisa realizada por Ruschel et al. (2022), os resultados evidenciaram desconhecimento de mulheres e profissionais acerca do aborto legal em decorrência de violência sexual, dificuldade em acessar o serviço de saúde e um atendimento por vezes discriminatório e repleto de julgamentos.

No Brasil o Conselho Federal de Medicina assegura ao médico a direito a objeção de consciência por crenças morais, recusando-se a praticar o aborto legal. No entanto, conforme Brasil (2011), o profissional deve observar a norma técnica do Ministério da Saúde brasileiro no que se refere à objeção de consciência médica, que destaca a existência de situações as quais impedem que o médico se recuse a realizar o abortamento, o que inclui risco de morte para a mulher em qualquer situação de abortamento e na ausência de outro profissional que o faça (JUSBRASIL, 2023).

Nesse contexto, os governos precisam encontrar formas eficazes de transpor os equívocos culturais e sociais que restringem as mulheres de receberem assistência segura ao abortamento. As evidências demonstram que a liberalização das leis sobre aborto para permitir que os serviços sejam prestados por profissionais qualificados pode reduzir a taxa de morbidade e mortalidade relacionadas ao aborto. Contudo, os obstáculos sociopolíticos e religiosos têm e continuarão a ter um papel na aprovação de leis sobre o aborto. (Haddad & Nour, 2009).

Justificou-se a realização desta pesquisa pela importância em reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas mais atuais acerca das vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao abortamento relacionado à violência sexual. Não há muitos estudos atuais sobre o assunto e a condução da pesquisa poderá fornecer resultados que auxiliem os profissionais de saúde e os formuladores de políticas públicas.

Dentro desse contexto, tem-se a lacuna do conhecimento, adicionando-se que a pesquisa sobre a temática é permeada por estigmas sociais e culturais que influenciam no cuidado da mulher vítima de violência sexual que procura a unidade de saúde em busca de assistência segura ao abortamento previsto em lei. Portanto, elaborou-se a seguinte questão norteadora do estudo: Quais as evidências científicas disponíveis a partir do ano de 2018 a agosto de 2023 acerca das vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao abortamento relacionado à violência sexual?

Objetivou-se realizar uma revisão integrativa da literatura que sintetize os resultados das evidências científicas disponíveis sobre as vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao abortamento relacionado à violência sexual.

## MÉTODO

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura que envolve a busca, avaliação e síntese de evidências científicas já publicadas sobre o tema estudado, objetivando reunir e atualizar os resultados de estudos, colaborando com a assistência em saúde e pesquisas na temática pesquisada (Mendes, 2008).

A revisão foi conduzida em uma das maiores base de dados eletrônica indexada: *The US National Library of Medicine (PubMed)*. A busca dos dados se deu em 15/08/22 e posteriormente em 31/08/23. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola na *PubMed* que abordaram a temática: Vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao abortamento relacionado à violência sexual disponíveis on-line e na íntegra, no período supracitado. Foram excluídas cartas, resumos, editoriais, manuais, protocolos, artigos de jornais não indexados, artigos de revisão integrativa, livros e *E-books*.

Definiu-se a seguinte questão norteadora: “Quais as vivências de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao abortamento relacionado à violência sexual?”. A pergunta foi elaborada seguindo a estratégia PCC, acrônimo de “P” para população (mulheres e profissionais de saúde), “C” conceito (assistência ao abortamento decorrente da violência sexual), e “C” para contexto (brasileiro e mundial). (JOANA BRIGGS INSTITUTE, 2020).

Empregou-se as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, denominado de fluxograma PRISMA (Galvão et al., 2015). Para o tratamento e categorização dos resultados, foi empregado o sistema de hierarquia dos níveis de evidências por Melnyk e Fineout-Overholt (2012): nível I – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados (metanálises); nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; nível IV – estudos de coorte e caso-controle; nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI – evidências derivadas de um estudo descritivo e/ou qualitativos; nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

Empregou-se para estratégia os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e *Medical Subject Headings (MeSH) da National Library*. Empregou-se os descritores *DECS/MeSH* e combinando com o operador booleano “AND”. Os seguintes

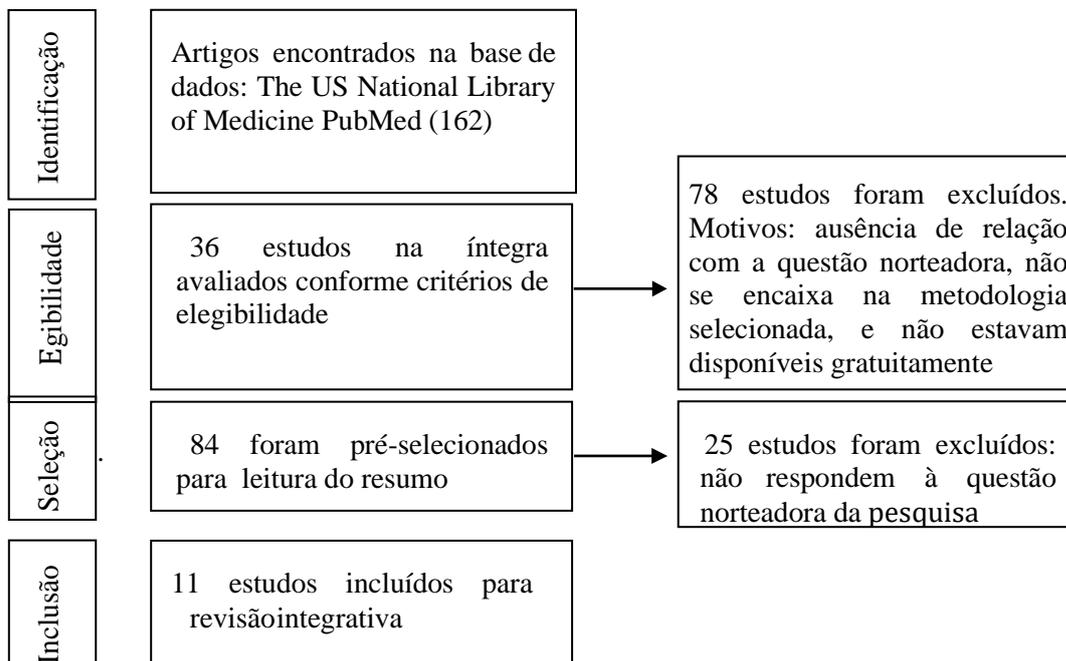
descritores e suas combinações foram utilizados no idioma inglês, “*Delivery of Health Care and Abortion*”; “*Sex Offenses and Abortion*”; “*Delivery of Health Care and Sex Offenses*”; *Patient Care Team and Abortion*”.

Acrescentou-se o termo similar do MESH: “*Sexual Violence and Abortion*”. As análises e as sínteses dos resultados extraídos dos artigos foram selecionadas e descritas, permitindo a verificação, análise, contagem, descrição e classificação dos dados, visando agrupar o conhecimento produzido sobre o tema em questão (Souza et al., 2010).

A síntese e análise foram conduzidas por dois revisores, que pesquisaram as evidências de modo independente para maior confiabilidade da busca. As variáveis analisadas foram: título, autor, ano, periódico, base de dados, país, resultado, tipo do estudo (Soares et al., 2014). Os estudos selecionados foram primeiramente avaliados pelos títulos e resumos. Os artigos que foram selecionados foram integralmente lidos e analisados.

## RESULTADOS

**Figura 1** – Fluxograma de elegibilidade conforme diretrizes do PRISMA (Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA GROUP, 2009).



Conforme os quadros 1 e 2 seguintes, estão distribuídas as análises dos estudos científicos de acordo com as variáveis estabelecidas.

**Quadro 1** – Artigos selecionados e distribuídos por variável de análise oriundos da base *PubMed*.

Nº/Ano	Títulos dos artigos	Periódico
2020 (1)	<i>Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review</i>	<i>BJOG</i>
2018 (2)	<i>Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care</i>	<i>BMC Public Health</i>
2023 (3)	<i>Comparative situational analysis of comprehensive abortion care in four Southern African countries</i>	<i>Global Public Health</i>
2020 (4)	<i>Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018</i>	<i>Cadernos de Saúde Pública</i>
2020 (5)	<i>Report of an experience to expand access to legal abortion for rape victims in the city of Rio de Janeiro, Brazil</i>	<i>Cadernos de Saúde Pública.</i>
2022 (6)	<i>Women victims of sexual violence: critical paths in the search for the right to legal abortion</i>	<i>Cadernos de Saúde Pública</i>
2020 (7)	<i>Conscientious Objection to Legal Abortion in Minas Gerais State</i>	<i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.</i>
2018 (8)	<i>Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons</i>	<i>BMC Medical Ethics</i>
2022 (9)	<i>Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion</i>	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
2022 (10)	<i>Legal Pregnancy Interruption due to Sexual Violence in a Public Hospital in the South of Brazil</i>	<i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.</i>
2020 (11)	<i>Association between sexual violence and unintended pregnancy among adolescent girls and young women in South Africa.</i>	<i>BMC Public Health</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

**Quadro 2** – Síntese dos achados e classificação dos níveis de evidência por Melnyk & Fineout-Overholt, 2012.

Nº	Autor/Ano País	Resultados	Tipo de estudo & Nível de evidência
(1)	Pastor-Moreno et al. (2020) (Espanha)	50 estudos foram analisados, 34 versaram sobre a violência física, 22 sobre violência íntima e psicológica e 18 sobre violência sexual. Verificou-se associação entre a violência íntima e 39 resultados de saúde perinatais diversos. Os desfechos mais frequentes foram: parto prematuro(50%), baixo peso ao nascer(46%), aborto espontâneo(30%), morte perinatal(20%) e ruptura prematura de membranas(20%).	Revisão sistemática V

(2)	Shamu et al. (2018) (Zimbábue)	Estudo com 2.042 mulheres. Das gestações recentes, 27,6% não foram planejadas, 50,9% agendadas tardiamente para o pré-natal e 5,6% nunca fizeram pré-natal. História de aborto espontâneo foi relatada por 11,5% e morte de recém-nascidos por 9,4%, enquanto 8,6% dos nascidos vivos recentes foram bebês com baixo peso ao nascer. Destacam-se altas prevalências de violência emocional, física e sexual. Cada forma de violência foi associada a um histórico de aborto espontâneo entre outras consequências negativas.	Estudo Transversal Descritivo VI
(3)	Macleod et al. (2023) (Botswana, Eswatini, Lesoto e Namíbia.)	Nas quatro localidades, a pesquisa demonstrou que as mulheres possuem acesso deficiente à assistência ao aborto para sobreviventes de violência sexual. Não há diretrizes ou orientações nacionais sobre o acesso ao aborto legal; sistemas deficientes de recolhimento e gestão de dados; escassez e distribuição desigual de pessoal; poucas instalações que prestam cuidados ao aborto, estigma associado ao aborto e à gravidez solteira ou precoce entre outros achados.	Revisão comparativa situacional V
(4)	Fonseca et al. (2020) (Brasil)	Selecionaram-se 20 artigos que versaram sobre conhecimento e opinião de profissionais médicos, e estudantes de Medicina revelando conhecimento deficiente sobre o aborto legal e elevada objeção de consciência. Seis estudos sobre as mulheres atendidas identificaram que eram jovens, solteiras e a principal demanda foi a gravidez decorrente de estupro. A demora em procurar atendimento ocorreu dentre as mais jovens, solteiras e quando o agressor era alguém próximo.	Revisão Sistemática V
(5)	Mudjalieb (2020) (Brasil)	O estudo revelou que apesar das normas e diretrizes, ainda existem barreiras importantes no acesso a este direito, sendo a alegação da objeção de consciência pelos profissionais um dos principais obstáculos enfrentados.	Relato de experiência VI
(6)	Ruschel et al. (2022) (Brasil)	Os dados foram coletados dos prontuários clínicos das mulheres, totalizando 127 casos. Percebeu-se que existe um silenciamento diante da violência sexual, sendo que a realização do aborto legal se mostrou um problema invisibilizado e cercado de estigmas. A desorganização psicossocial decorrente da violência foi agravada pela desinformação, pela precariedade das redes de atendimento e pela objeção de consciência dos profissionais.	Estudo qualitativo VI
(7)	Mendes et al. (2020) (Brasil)	49 instituições participaram do estudo. Concluiu-se que existe objeção de consciência entre os profissionais e que esta pode interferir significativamente na atenção à saúde da vítima de violência sexual e no desejo de interrupção da gravidez. Entre outros achados, houve 60% de presença de objeção de consciência por parte de toda a equipe médica, sendo o principal motivo religioso(57%).	Estudo transversal descritivo e analítico IV
(8)	Fleming et al. (2018) (Reino Unido)	Selecionaram-se 10 estudos. Identificaram-se 23 motivos amplos, contendo 116 motivos restritos e 269 menções de motivos. Oitenta e uma (81) razões limitadas argumentaram a favor e 35 contra a objeção de consciência. Ressaltou-se elevada objeção de	Revisão Sistemática V

		consciência. Categorizaram-se as razões, as quais, morais, práticas, religiosas ou legais, as “razões morais” continham o maior número de razões restritas (n = 58).	
(9)	Santos e Fonseca (2022) (Brasil)	Estudo com 30 mulheres. A análise dos discursos das participantes revelou a gravidez como uma extensão da violência sexual sofrida, levando as participantes a procurarem pelo aborto. Algumas entrevistadas traduziram suas necessidades exclusivamente para o campo da saúde mental, enfatizando a importância do apoio psicológico profissional para lidar com a vivência da violência e do aborto.	Estudo qualitativo VI
(10)	Trepani et al. (2022) (Brasil)	Foram incluídos 178 casos referentes às mulheres atendidas por violência sexual. A interrupção da gravidez foi realizada em 83,2% dos casos. A maioria das mulheres só conheceu seus direitos e o serviço de referência por meio de uma instituição, que foi contatada após a descoberta da gravidez.	Estudo transversal analítico VI
(11)	Ajayi e Ezegbe (2020) (África do Sul)	Estudo com 451 mulheres. A análise mostrou que 41,9% de todas as entrevistadas tiveram uma gravidez indesejada e 26,3% dessas gestações indesejadas terminaram em aborto. A gravidez indesejada foi maior entre sobreviventes de violência sexual (54,4%) em comparação com aquelas que nunca sofreram abuso sexual (34,3%).	Estudo transversal analítico VI

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

A partir da análise do Quadro 1, verificou-se a totalidade de 11 artigos que responderam a questão norteadora e estavam em consonância com os critérios de inclusão e exclusão. Todos os trabalhos encontrados estavam na língua inglesa. Três foram provenientes de países africanos, um do Reino Unido, um da Espanha e seis do Brasil, destacando-se este último com o maior número de publicações encontradas. Em relação aos resultados apresentados no Quadro 2, todos os artigos analisados foram classificados como níveis de evidência V e VI.

## DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão demonstraram que as vivências de mulheres que sofreram violência sexual revelados em seis artigos, dos 11 analisados, apresentaram repercussões negativas na saúde física e psíquica da mulher culminando com diversas complicações, incluindo desfechos relacionados à trabalho de parto prematuro, abortos espontâneos ou na busca para requererem o aborto legal. Contudo, verificou-se acesso deficiente aos serviços de saúde, estigmas relacionados ao papel social da maternidade representada na figura da mulher, e desconhecimento sobre seus direitos que influenciaram na procura tardia pelo serviço de saúde, especialmente quando a violência sexual era praticada por alguém próximo no âmbito familiar.

Com relação aos profissionais de saúde, identificou-se incipiente conhecimento acerca da assistência ao abortamento com destaque para a elevada objeção de consciência, presente em cinco artigos dessa revisão.

No Brasil, o aborto é considerado legal quando a gravidez é resultado de abuso sexual ou põe em risco a saúde da mulher. No entanto, falar sobre este assunto, que vai além do estudo científico, ainda é tabu na sociedade (Silva, 2021). Somam-se as dificuldades que as mulheres grávidas decorrentes da violência sexual enfrentam na busca pelo aborto legal, especialmente no atendimento em saúde, muitas enfrentam discriminação, são revitimizadas e até culpabilizadas pela violência sofrida (Ruschel et al., 2022).

Sabe-se que o estigma do aborto é construído socialmente e promove julgamentos contra as mulheres que optam por se submeterem a tal procedimento, mesmo em países onde não existem restrições legais, fato diretamente relacionado à transgressão dos papéis atribuídos à mulher, tendo a maternidade como um dos pilares (Kumar, et al., 2009; Cárdenas, et al., 2018).

Conforme Cárdenas et al (2018), o estigma do aborto continua a existir tanto para as mulheres que procuram assistência como para os profissionais de saúde envolvidos nos serviços de saúde. Em particular, existem vários momentos-chave dentro do serviço onde é mais provável que o estigma apareça.

Reitera-se que a objeção de consciência, quando presente entre os profissionais pode impactar negativamente na oferta de uma assistência segura e humanizada amparada pela legislação vigente e no acesso da mulher ao aborto seguro, decorrente da violação sexual. Conforme Self et al. (2023), uma objeção de consciência é uma recusa em participar no aborto por motivos de consciência. Isso pode ser informado por crenças religiosas, morais, filosóficas, éticas ou pessoais.

Estudo realizado no Brasil revelou que os obstáculos e conflitos emocionais vivenciados pelas mulheres sofreu forte influência da estrutura social nas demandas de saúde. As necessidades que se referiam à autonomia e a cidadania se traduziram no apoio familiar e no acesso à informação, reveladas como fundamentais para à tomada de decisão pelo aborto. Verificou-se que algumas entrevistadas receberam apoio de homens na sua família contribuindo para legitimar a sua escolha. Considerando a dimensão estrutural da sociedade, entende-se que o valor atribuído ao apoio masculino reforça a cultura androcêntrica e simboliza uma espécie de autorização social das escolhas femininas numa sociedade patriarcal (Santos & Fonseca, 2022).

Uma pesquisa realizada na Nigéria envolvendo 395 mulheres revelou que a violência sexual ocorre com uma frequência tragicamente elevada e as vítimas raramente denunciam os incidentes às autoridades responsáveis pela aplicação da lei ou têm acesso aos cuidados tão necessários. Apenas 3,3% dos casos de violência sexual foram denunciados às autoridades responsáveis pela aplicação da lei e apenas 13,1% das vítimas procuraram cuidados de saúde

(Ajayi & Alex-Ojei, 2023). Ademais, muitas mulheres desconhecem os seus direitos. A subnotificação e hesitação das mulheres em se exporem após a violência sexual fortalece a necessidade de um acolhimento adequado nos serviços de saúde por uma equipe capaz de ouvir sem julgamento (Trepani et al., 2022).

Nesta revisão, destacaram-se as publicações brasileiras acerca do tema, no entanto, Mudjalieb (2020) ressalta que no Brasil, mesmo existindo três permissivos legais para realização do aborto: risco à vida da gestante, estupro e anencefalia fetal. Diante da alta ocorrência de violência sexual contra as mulheres, os profissionais precisam estar qualificados para este atendimento e potencial desfecho em aborto, caso seja esta a escolha da mulher.

A contribuição do estudo pauta-se na análise e síntese de artigos recentes indexados que abordaram a situação dos profissionais e mulheres, usuárias do sistema de saúde que vivenciaram a assistência ao aborto legal em decorrência de violência sexual, o que fornece aos profissionais de saúde e a sociedade civil, um compilado dos achados científicos mais atuais sobre o assunto.

Como limitação do estudo, pôde-se verificar que a maioria dos artigos encontrados não possuiu elevado nível de evidência, além das limitações inerentes à metodologia utilizada para revisão integrativa. Contudo, os achados analisados são importantes ao destacarem as dificuldades e desafios enfrentados por mulheres usuárias dos serviços de saúde e pelos profissionais que prestam assistência à saúde no processo de abortamento em decorrência de violência sexual.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa revisão apontaram que as consequências psicológicas e físicas decorrentes do aborto subsequente à violência sexual são danosas do ponto de vista da saúde. No Brasil e no mundo, o aborto, por si só, é um tabu que inflama discussões na sociedade civil, entre os profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas. Além das dificuldades das usuárias em obter assistência segura, destaca-se entre os profissionais a objeção de consciência que pode influenciar negativamente em suas condutas de modo a não ofertar um tratamento pautado na legislação que apoia o aborto seguro.

Ressalta-se que é necessário que esta temática tenha maior visibilidade no meio acadêmico, no âmbito social e político para que haja melhoria na assistência ao abortamento de forma segura, humanizada, livre de preconceitos e amparada nas melhores evidências científicas. O objetivo da revisão proposta foi alcançado ao reunir e analisar de forma sintética os principais resultados dos artigos, possibilitando proporcionar a sociedade maior conhecimento sobre a temática e assim suscitar reflexões e estimular a elaboração de outras pesquisas com maiores níveis de evidência científica.

## REFERÊNCIAS

Ajayi, AI., & ezegbe, HC. (2020). Association between sexual violence and unintended pregnancy among adolescent girls and young women in South Africa. *BMC Public health*, 20(1):1370. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09488-6>

Ajayi, AI., Alex-Ojeica., Ahinkorah, B.O. (2023). Sexual violence among young women in Nigeria: a cross-sectional study of prevalence, reporting and care-seeking behaviours. *African health sciences*, 23(1):286-300. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i1.31>

Aguirre, D. G. L., & Urbina, A. A. S. (1997). Los médicos en formación y el aborto: Opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cadernos de saúde pública*, 13:227-236. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000200012>

Araújo, T. V. B., Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., Alves, M. T. S. S. B. E., Almeida, M. C., Alves, S. V., Coimbra, L., & Campbell, O. M. R. (2018). Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in Northeast Brazil. *Cadernos de saúde pública*, 34(6), e00168116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168116>

Borsari, C. M. G., Nomura, R. M. Y., Benute, G. G., Nonnenmacher, D., Lucia, M. C. S., & Francisco, R. P. V. (2012). O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Femina*, 40 (2). <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3094.pdf>

Brasil. (2011). Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)

Cárdenas, R., Labandera, A., Baum, S. E., Chiribao, F., Leus, I., Avondet, S., & Friedman, J. (2018). "It's something that marks you": Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive health*, 15(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1>

Diniz, D., & Madeiro, A. (2012). Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência & saúde coletiva*, 17(7), 1795–1804. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700018>

Domingues, R. M. S. M., Fonseca, S. C., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S. (2020). Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de saúde pública*, 36, e00190418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>

Fleming, V., Frith, L., Luyben, A., & Ramsayer, B. (2018). Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons. *BMC medical ethics*, 19(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0268-3>

Fonseca, S. C., Domingues, R. M. S. M., Leal, M. D. C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S. (2020). Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production,

2008-2018. *Cadernos de saúde pública*, 36Suppl 1(Suppl 1), e00189718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>

Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 24(2), 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

Gelman, A., Rosenfeld, E. A., Nikolajski, C., Freedman, L. R., Steinberg, J. R., & Borrero, S. (2017). Abortion Stigma Among Low-Income Women Obtaining Abortions in Western Pennsylvania: A Qualitative Assessment. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 49(1), 29–36. <https://doi.org/10.1363/psrh.12014>

Haddad, L. B., & Nour, N. M. (2009). Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Reviews in obstetrics & gynecology*, 2(2), 122–126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19609407/>

JOANA BRIGGS INSTITUTE. Manual para revisores JBI. (2020). Disponível em: de <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>

JUSBRASIL. (2023). Em quais situações o aborto é permitido no Brasil? Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/em-quais-situacoes-o-aborto-e-permitido-no-brasil/914351849>

JUSBRASIL. (2023). Ética, Aborto e Objeção de Consciência em uma maternidade do nordeste brasileiro. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/em-quais-situacoes-o-aborto-e-permitido-no-brasil/914351849>

Kumar, A., Hessinia, L., Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6):625–639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>

Macleod, C. I., Reuvers, M., Reynolds, J. H., Lavelanet, A., & Delate, R. (2023). Comparative situational analysis of comprehensive abortion care in four Southern African countries. *Global public health*, 18(1):2217442. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2217442>

Mudjalieb, A. A. (2020). Report of an experience to expand access to legal abortion for rape victims in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de saúde pública*, 36 (Suppl 1):e00181219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181219>

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M.. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Mendes, R. W. M., Francisco, A. M. C., Tostes, C. B. da S., Reis, J. dos ., & Atzingen, A. C. V. (2020). Conscientious Objection to Legal Abortion in Minas Gerais State. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 42(11), 746–751. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721683>

Melnyk, B. M., Fineout-overholt, E. (2012). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lamp, 2012.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Pacagnella, R. C., Cecatti, J. G., Parpinelli, M. A., Sousa, M. H., Haddad, S. M., Costa, M. L., Souza, J. P., Pattinson, R. C., & Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group (2014). Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 159. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-159>

Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., Escribà-Agüir, V., Higuera-Callejón, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 127(5), 537–547. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>

Ruschel, A. E., Machado, F. V., Giugliani, C., & Knauth, D. R. (2022). Women victims of sexual violence: critical paths in the search for the right to legal abortion. *Cadernos de saúde pública*, 38(10), e00105022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT105022>

Santos, D. L. A. D., & Fonseca, R. M. G. S. D. (2022). Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. *Revista latino-americana de enfermagem*, 30, e3561. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5834.3561>

Self, B., Maxwell, C., Fleming, V. (2023). The missing voices in the conscientious objection debate: British service users' experiences of conscientious objection to abortion. *BMC medical ethics*, 24(1):65. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00934-9>

Silva, A. C. M. (2021). Entenda em quais casos o aborto é permitido no Brasil. *Revista Jus Navigandi*, 26, n. 6538. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/em-qual-situacao-o-aborto-e-permitido-no-brasil/914351849>

Shamu, S., Munjanja, S., Zarowsky, C., Shamu, P., Temmerman, M., & Abrahams, N. (2018). Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. *BMC public health*, 18(1), 595. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5464-z>

Soares, G. S. (2003). Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de saúde pública*, 19, S399–S406. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800021>

Souza, M. T. de ., Silva, M. D. da ., & Carvalho, R. de . (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Integrative Review: Concepts And Methods Used in Nursing. *Revista da*

escola de enfermagem da USP, 48(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>

Trapani, V. F., Feuerschuette, O. H. M., & Júnior, A. T. (2022). Legal Pregnancy Interruption due to Sexual Violence in a Public Hospital in the South of Brazil. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetricia*, 44(10), 945–952. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755457>