



MAGNITUDE DO ABORTO NO BRASIL
Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais

ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL
PERSPECTIVAS E EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher

MAGNITUDE DO ABORTO NO BRASIL
Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais

Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual

PERSPECTIVAS E EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES

2008

© 2008. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pela cessão dos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da Área Técnica.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º Andar, Sala 629

CEP: 70058-900 – Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2933 – Fax: (61) 322 3912

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Elaboração:

Jefferson Drezett

Daniela Pedroso

Edlaine de Campos Gomes

Leila Adesse

Maria José Araújo Oliveira

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

1. Saúde pública. 2. Aborto. 3. Violência. I. Brasil. Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. II. Título. III. Série.

Catálogo na fonte – Editora MS

Titulos para indexação:

Em inglês:

Em espanhol:

1. APRESENTAÇÃO	6
2. INTRODUÇÃO	8
abortamento como problema de saúde pública	8
dimensão da violência sexual	9
violência sexual e anticoncepção de emergência	13
aspectos éticos e legais	14
abortamento seguro	20
abortamento e direitos sexuais e reprodutivos	23
3. PROPOSIÇÃO	25
4. CASUÍSTICA	26
5. MÉTODO	29
variáveis de estudo	29
instrumentos	34
entrevistas	35
informatização dos dados	35
aspectos éticos	35
análise dos dados e método estatístico	36
6. RESULTADOS	37
dados sobre a entrevistada	37
dados sobre a violência sexual	38
dados sobre a gravidez	40
dados sobre o abortamento	43
comportamentos e opiniões da entrevistada	48
perspectivas sobre o abortamento medicamentoso	55
7. CONCLUSÕES	57
8. ANEXOS	62
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

NOTA

As informações constantes neste documento são resultado de pesquisa qualitativa integrante do projeto "Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais", empreendido pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ipas Brasil. A investigação, realizada em 2006, buscou avaliar a qualidade da atenção recebida por mulheres vítimas de violência sexual, em serviço localizado em São Paulo, atualmente reconhecido no país como um dos mais importantes centros de referência nesta modalidade de atendimento à saúde da mulher. Cada informante tomou ciência dos propósitos, esclareceu dúvidas e concedeu entrevista, após assinar o Termo de Consentimento Informado e Esclarecido. Foram obedecidos irrestritamente os princípios éticos e legais de confidencialidade e sigilo acerca da fonte de dados, conforme previsto pela Legislação Brasileira e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Nestes termos, nenhuma participante desta pesquisa foi, por qualquer meio, identificada, direta ou indiretamente, nem seu nome revelado. Cada entrevista foi registrada somente por números e iniciais alfabéticas. O instrumento de entrevista e o prontuário hospitalar de cada entrevistada foram manipulados exclusivamente pelos profissionais envolvidos e preservados em condição de acesso restrito. Não foram utilizadas quaisquer outras formas de registro das entrevistas ou das informantes, como gravação de voz, filmagem, fotografia ou declarações escritas de próprio punho. Os critérios metodológicos adotados serão explicitados neste documento.

O abortamento é crime tipificado pelo Código Penal brasileiro, com exceção das situações previstas pelos incisos I e II do artigo 128, que estabelecem o direito de interrupção de gravidez decorrente de estupro, **abortamento sentimental**, ou quando há risco de morte para a gestante, **abortamento necessário** (Oliveira, 1987). Mais recentemente, como resultante da evolução da propedêutica fetal, o Poder Judiciário passou a conceder autorização específica para o abortamento de gestações que cursam com anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extra-uterina (Frigério, 2002). Apesar de o Código Penal estabelecer as situações de exclusão de ilicitude para o abortamento desde 1940, por quase 50 anos, este direito das mulheres permaneceu ignorado pelos serviços de saúde. Sem políticas públicas claras ou normas seguras, que definissem os procedimentos necessários, negar o abortamento previsto em Lei tornou-se quase uma regra para evitar o compromisso com um tema desconhecido e complexo. Como resultado, frequentemente, os motivos alegados para negar a interrupção das referidas gestações mostravam-se inconsistentes sob a perspectiva médica ou eram insustentáveis do ponto de vista jurídico (Drezett, 2005).

De certa forma, a situação enfrentada pelas mulheres vem se delineando, constantemente, mais difícil e complexa em casos de gravidez decorrente de violência sexual. Nestas situações, não raro, a recusa em realizar o abortamento reflete exclusivamente o posicionamento pessoal de gestores ou de profissionais de saúde, pautados em valores morais ou religiosos, o que impede o livre exercício dos direitos das mulheres (Drezett, 2005). Ao mesmo tempo, investigações em todo o mundo acumulam sólidas evidências sobre o impacto da violência sexual para a saúde das mulheres. Neste sentido, a gestação conseqüente de violência sexual destaca-se pela complexidade e severidade das reações que determina, seja na esfera emocional, familiar, social ou biológica. Para muitas mulheres, esta gravidez, forçada e indesejada, é sentida como uma segunda e intolerável forma de violência, o que muitas vezes torna impossível mantê-la até o término (Faúndes, 1997). No entanto, o destino preciso dessas gestações ainda é incerto. A forma e segurança do procedimento de interrupção da gravidez estão fortemente articuladas ao tipo de legislação de cada país. Nos países com Leis proibitivas, a busca por serviços clandestinos conduz milhares de mulheres ao abortamento inseguro, efetuado em condições precárias, como meio de solução da questão. O mesmo ocorre em países, cujas legislações permitem o abortamento sentimental e/ou necessário, mas, para que se concretize, não disponibilizam serviços seguros e acessíveis para as mulheres (Holmes, 1996).

No Brasil, embora a interrupção da gestação resultante de violência sexual constitua um direito previsto em Lei, parte expressiva das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que efetuem o abortamento de maneira segura e humanizada. Somente no final da década de 1980 os primeiros serviços públicos de saúde passaram a oferecer essa modalidade de atendimento (Talib, 2005). Por falta de informação sobre seus direitos

ou de acesso a serviços de saúde que concordem em realizar o procedimento, muitas mulheres, decididas em interromper a gestação, recorrem ainda ao abortamento clandestino, quase sempre praticado de forma insegura e com séria possibilidade de consequências graves. Por outro lado, constatou-se que muitas optam por manter a gravidez até o término, o que costuma ocorrer por escolha ou devido à falta de alternativas viáveis, postura com desdobramentos e consequências ainda menos conhecidas (Brasil, 2005e).

Desde a implantação dos primeiros serviços públicos de saúde que efetivam o abortamento no Brasil, o perfil das mulheres que optam realizar a interrupção da gravidez, gradativamente, vem sendo delineado. Diversas investigações têm colaborado na construção de indicadores sociais e epidemiológicos consistentes, contribuindo à maior compreensão dos mecanismos da violência sexual, da tipificação do agressor e dos resultados técnicos do abortamento. No entanto, pouco ainda se conhece sobre o desenvolvimento do processo enfrentado por essas mulheres, na escolha pelo abortamento, e dos possíveis efeitos que possa causar em suas vidas. Quanto a este aspecto, escassas são as informações que contemplem a perspectiva dessas mulheres, suas opiniões e vivências.

Considerando-se tal contexto, a proposta principal desta investigação foi buscar respostas, entre as mulheres que realizaram o abortamento por situação de gravidez decorrente de violência sexual, referentes ao processo de decisão de suas escolhas, às dificuldades encontradas e, principalmente, obter a visão de como analisam a decisão tomada, no que tange aos possíveis impactos presentes desde então em suas vidas. Para alcançar os objetivos adotou-se o desenho de pesquisa qualitativa, que retira a mulher que realiza o abortamento, da condição de passividade da análise. Para tanto, foi empreendida escuta qualificada de vinte mulheres, que passaram pelo abortamento previsto por Lei, no caso de gravidez decorrente de violência sexual, em um serviço público de saúde. Por meio de entrevista a escuta efetuou-se, abrangendo diferentes blocos temáticos, permitindo que cada uma das participantes expressasse, da maneira mais ampla e legítima, à ocasião, o que pensam e sentem ao atravessar essa difícil experiência. Nesse sentido, esta pesquisa certamente não esgota o tema, não formula todas as perguntas nem encontra todas as respostas, ainda necessárias. Considerando-se sua condição inédita em nosso meio, pretende-se que este trabalho estimule estudos novos e distintos. Eles são fundamentais para a construção do conhecimento indispensável ao aprimoramento de políticas públicas de assistência às expectativas, realmente pertinentes, dessas mulheres. Acrescente-se, ainda, a relevância de se promover o resgate de um aspecto significativo dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A questão da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual envolve aspectos de significativa importância, com interseções específicas e complexas. O abortamento constitui um grave problema de saúde pública, a ser entendido de maneira isenta e qualificada. Ao mesmo tempo, a interrupção da gestação, nesses casos aqui situados, decorre da condição específica e particular da violência de gênero, tema de mesma dimensão e de complexidade. A convergência dessas duas condições conduz a implicações éticas e legais de extrema relevância, tornando pertinentes a observância e o cumprimento do ordenamento jurídico do país. Reunir, articular e praticar esses diferentes ângulos e perspectivas é indispensável para assegurar que alcancem as mulheres sob as circunstâncias referidas. Para gestores e profissionais da saúde, destina-se a responsabilidade adicional de implementar e aprimorar, para as mulheres, políticas públicas capazes de reduzir os danos causados pela violência sexual e, ao mesmo tempo, garantir o acesso ao abortamento previsto em Lei de maneira ética, de modo seguro e humanizado. Essas são as premissas centrais, tratadas a seguir.

ABORTAMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o abortamento inseguro representa um importante problema de saúde pública em todo mundo, particularmente mais grave nos países em desenvolvimento. Constitui-se também como questão de justiça social de grande amplitude e complexa cadeia, envolvendo fatores legais, econômicos, sociais e psicológicos. Estima-se que cerca de 210 milhões de gestações ocorram no mundo, a cada ano. Deste total, 75 milhões são não previstas ou indesejadas, conduzindo a quase 46 milhões de abortamentos induzidos, a cada ano (Alan Guttmacher Institute, 1999). Dentre estas interrupções de gestação, 20 milhões são praticadas em condições inseguras, implicando graves riscos para a vida e a saúde da mulher. Cerca de 95% dos abortamentos inseguros são realizados em países em desenvolvimento com restrições legais ao abortamento. Quase 13% das mortes maternas no mundo estão relacionadas ao abortamento inseguro, resultando em 67 mil mortes de mulheres, a cada ano (WHO, 1998). Na América Latina, calcula-se que 36% das gestações não são planejadas, resultando em quatro milhões de abortamentos induzidos. Em países do Caribe e da América Latina, ocorre um abortamento inseguro para cada três nascimentos vivos, implicando em 24% da mortalidade materna (WHO, 2003).

No Brasil, as estimativas mais recentes indicam 728.100 a 1.039.000 abortamentos, a cada ano. Embora se verifique decréscimo destes números na última década, a taxa atual de 3,7 abortamentos por 100 mulheres em idade reprodutiva ainda é, muitas vezes, superior aos valores observados nos países da Europa Ocidental, onde o abortamento é legal, seguro e acessível. Além disso, no Brasil, os indicadores acerca do problema do abortamento revelam fortes desigualdades sociais e regionais. Estados das regiões Norte e Nordeste

apresentam taxas de abortamento mais elevadas e menores índices de redução. Em algumas capitais destes Estados, o abortamento permanece como primeira causa de morte materna, há mais de uma década. A morbidade vinculada ao abortamento também se reflete nos números de internações hospitalares. O esvaziamento uterino por abortamento é o segundo procedimento obstétrico mais frequente na rede pública de saúde. No país são realizadas cerca de 240 mil internações anuais no Sistema Único de Saúde, para tratamento de complicações decorrentes de abortamento, gerando gastos anuais da ordem de 45 milhões de reais (Brasil, 2005d).

A DIMENSÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A questão da violência tem crescentemente chamado a atenção dos organismos internacionais que, cada vez mais, identificam os efeitos das relações e das situações de violência como um grande impeditivo para o desenvolvimento humano. Com esse entendimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define **violência** como:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade”.

Contudo, homens e mulheres são atingidos de maneira distinta pela violência, principalmente em razão das especificidades de gênero. Enquanto o homicídio em espaços públicos prevalece para o sexo masculino, o abuso sexual e a violência doméstica predominam para o sexo feminino, geralmente em espaços privados (Brasil, 2004). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (OEA, 1995), conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, define **violência contra a mulher** como:

“... todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada”.

Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma brutal violação de Direitos Humanos e de Direitos Sexuais e Reprodutivos (Drezett & Del Pozo, 2002). O peso da questão de gênero faz com que as mulheres sejam as principais atingidas pela violência sexual, na medida em que 85% a 90% dos crimes sexuais são praticados contra elas (Pedersen & Skronnal, 1996).

A fundamentação da violência como problema de saúde pública não decorre somente da magnitude das estatísticas envolvidas, mas é também baseada nos agravos para a saúde das pessoas atingidas (Aiken, 1993). O impacto do abuso sexual para a saúde sexual e reprodutiva tem origem nas consequências de traumatismos físicos, sequelas de doenças sexualmente transmissíveis, da morbidade da infecção pelo HIV e da complexidade da situação de gravidez decorrente do abuso sexual. Os danos psicológicos, embora mais difíceis de mensurar, produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis (Beebe, 1998; Drezett, 2003). Da mesma maneira como vem ocorrendo em relação ao abortamento inseguro, cada vez mais a violência de gênero é remetida à área da saúde, resultado da melhor compreensão dos agravos à saúde física e mental, além da percepção deste setor como espaço privilegiado para tratar do tema (D'Oliveira & Schraiber, 1999).

A violência sexual deve ser entendida como fenômeno que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de níveis variados de desenvolvimento econômico e social, e em qualquer etapa da vida da mulher (Saffioti & Almeida, 1995). Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas no mundo, a cada ano (Beebe, 1998). Nos EUA, o estupro é considerado o crime violento que mais rapidamente avança em incidência, com um caso a cada 6,4 minutos (Petter & Whitehill, 1998). Postula-se que 25% das mulheres adultas americanas experimentaram um contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência, e que 13% já foram estupradas (Holmes, 1996; Russel, 1986). Em Boston, 20% das alunas universitárias declararam ter sofrido abuso sexual antes dos 18 anos (Wyatt, 1999). Dados semelhantes foram coletados entre alunas canadenses (Newton-Taylor, 1998). O National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center (NVCCVRTC, 1992) calcula a ocorrência de 683 mil estupros nos EUA, no ano de 1991. Estimativa análoga é efetuada pelo United States Department of Justice, na ordem de 500 mil crimes sexuais (Lathrope, 1998).

Nos países em desenvolvimento as taxas de violência sexual são igualmente expressivas. Na Etiópia, há referência de que o estupro atinge 5% das estudantes secundárias e que outros 10% delas já sofreu uma tentativa de estupro não consumada (Mulugeta, 1998). Na Malásia, 8,3% das estudantes de medicina vivenciaram abuso sexual na infância (Singh, 1996). Estudo na Colômbia refere 20% das mulheres com antecedente de violência sexual (Heise, 1994). No entanto, as maiores taxas de violência sexual são registradas em países em conflito armado, como na guerra da Bósnia-Herzegovina, na Croácia ou na luta civil da Libéria. Embora constitua crime de guerra, mulheres capturadas são violadas, muitas vezes, de forma múltipla e repetida e, não raro, submetidas à tortura, mutilação e execução. Como exemplo, a ONU considera que cerca de 50 mil mulheres foram estupradas na antiga Iugoslávia, com o objetivo de provocar gravidez forçada e promover eliminação étnica (Kozaric-Kovacic, 1995).

A violência sexual não poupa as mulheres, inclusive em circunstâncias específicas de suas vidas, como no ciclo gravídico-puerperal. Postula-se que 20 a 25% das mulheres sofram violência física ou sexual durante a

gestação, e que a condição de gravidez e de puerpério não as proteja da violência (Convington, 2001). Ao contrário, 25% dos casos de violência na gravidez persistem durante seis meses após o parto (Satin, 1992). Para outros 13%, ocorre agravamento da violência durante esse período, seja em frequência ou em intensidade (Muhajarine, 1999). Pesquisa com 2.404 puérperas revelou que 5% delas foram sexualmente agredidas na gravidez (Satin, 1992). Considera-se que 8% das adolescentes sofram abuso sexual durante a gestação, a maioria, por agressores conhecidos (Berenson, 1992). No Peru, 90% das grávidas com idade entre 12 e 16 anos referiram abuso sexual, geralmente praticado por membros da família (IPPF, 1992). De fato, as estatísticas apontam que a violência pode ser condição mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional, a hipertensão arterial ou a placenta prévia (Jonhson, 2003). A violência durante a gestação também acarreta fatores específicos de morbidade. Há indicadores de que essas gestantes postergam o início do pré-natal e comparecem a menor número de consultas, com maiores taxas de ganho de peso insuficiente, abortamento espontâneo, parto prematuro, infecções genitais e urinárias, óbito fetal, prematuridade e baixo peso ao nascer (Rachana, 2002).

No Brasil, os registros das Secretarias de Segurança Pública apontam 8,78 estupros e 7,13 casos de atentado violento ao pudor por 100 mil habitantes. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam taxas de violência sexual 40% superiores à média nacional, com 11,94 e 11,96 estupros por 100 mil habitantes, respectivamente (Souza & Adesse, 2005). Os dados oficiais, entretanto, expressam precariamente a magnitude do problema. Estudo envolvendo 2.645 mulheres em idade reprodutiva verificou que cerca de 10% das mulheres da região metropolitana de São Paulo e 14% das residentes na Zona da Mata relatam terem sido forçadas, alguma vez, a praticar atos sexuais contra vontade, por medo de se recusar a ter relações sexuais, ou por terem sido submetidas a práticas sexuais degradantes e humilhantes (Couto, 2004).

Embora numerosas investigações quantifiquem o problema, a prevalência exata do abuso sexual e de suas consequências ainda é desconhecida. Apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades nos EUA e, em casos de incesto, estes percentuais não atingem 5% (Sánchez, 1989). A subnotificação também é maior nas ocorrências de violência sexual contra o sexo masculino, com taxas abaixo de 5% (King & Woollett, 1997). Em diferentes países se constata que expressiva parcela de mulheres não busca qualquer tipo de ajuda após a violência sexual. Essas taxas são de 68,7% no Haiti; 62% na Colômbia; 58,8% na República Dominicana; 57,8% no Peru; e 40,5% na Nicarágua. O percentual de mulheres que se dirige à polícia varia de 1,6% no Haiti, até 15,6% na Colômbia (OPS, 2005). No Brasil a situação é semelhante, com apenas 10 a 20% de denúncias para a autoridade policial (Faúndes, 1998).

À escassez de mecanismos eficientes de notificação e registro soma-se o fato de que a maioria das mulheres e adolescentes não revela o ocorrido para as autoridades competentes. Ameaça, vergonha ou humilhação constituem fatores decisivos para ocultar a violência sexual sofrida. O problema da subnotificação também se agrava quando o agressor é conhecido ou próximo, como no abuso sexual intrafamiliar, particularmente durante

a infância ou adolescência. Nesses casos, o perpetrador se vale de sua posição privilegiada no núcleo familiar, de sua autoridade e do temor reverencial de que é investido, para garantir que o abuso permaneça oculto por longo período, mecanismo conhecido como **conspiração do silêncio** (HRW, 1992). Parte da resistência em revelar os fatos também se deve à baixa expectativa em relação aos resultados da Justiça. Além de temer o interrogatório policial e o exame pericial, há o constrangimento de enfrentar o agressor no Tribunal e o risco de ter sua história desqualificada ou desacreditada. Assim, essas mulheres terminam isoladas e invisibilizadas, distantes de seus direitos constitucionais de proteção à saúde e acesso à Justiça (Drezett, 2003).

Parcela restrita dos crimes sexuais pode ser associada a danos físicos severos que conduzam à morte. Grande parte desses homicídios resulta de asfixia mecânica, sendo pouco incidente decorrerem de ferimentos causados por arma branca ou de fogo, embora se trate de formas mais usuais de intimidação (Deming, 1983). Contudo, o impacto dessas mortes não pode obscurecer o fato de que a maioria das vítimas de violência sexual não apresenta danos físicos severos. Estudo envolvendo 554 vítimas de estupro e de atentado violento ao pudor, com penetração anal, encontrou lesões genitais em 2,7% das adolescentes e trauma extragenital em 11% (Drezett, 2001). A baixa ocorrência de lesões físicas pode ser explicada pela forma de constrangimento utilizada pelo agressor, mais pautada na ameaça e menos na força física.

A questão dos traumatismos físicos não constitui o problema principal do atendimento às mulheres em situação de violência sexual. A maioria recebe tratamento adequado para essas condições. No entanto, ainda se observa resistência dos serviços de saúde em examinar e cuidar daquelas que não apresentam lesões corporais. Para agravar a situação, há indicadores de que mulheres com danos físicos decorrentes de violência recebem melhor atenção nos serviços de saúde, nos departamentos médico-legais ou nas delegacias de polícia, quando lhes é atribuído o estereótipo de **vítimas ideais**. Nesses casos, as marcas da violência garantem menor risco de questionamento ou desconfiança a respeito de sua história (Lourenço, 2001).

Ao mesmo tempo, ainda persiste em certa parte da sociedade, o estereótipo de que a mulher, de algum modo, se expõe ou facilita a abordagem do agressor, restando a ela alguma parcela de culpa pela violência sexual sofrida. Os indicadores, no entanto, têm desconstruído este mito. Em se tratando de agressores desconhecidos, na maioria dos casos, as mulheres encontram-se no exercício de atividades habituais e cotidianas, geralmente na proximidade de sua residência ou nos percursos do trabalho ou escola. Por outro lado, quando se analisa a mesma questão, considerando-se somente agressores conhecidos, prevalece a ocorrência em espaços privados, o que evidencia a importância da ação da violência sexual intrafamiliar (Drezett, 2001).

São muitas as referências quanto aos crimes sexuais cometidos pelos companheiros ou parceiros íntimos. Todas apontam taxas elevadas de prevalência e baixos índices de denúncia, independente da condição social, educacional ou econômica da mulher (HRW, 1992). Essa situação é reportada por 58% das mulheres em Porto Rico; 52% na Nicarágua; 46% na Bolívia; 42% no Quênia; 40% na Colômbia; 38% no Brasil; 29% no Canadá;

26% no Chile; e 20% na Suíça e na Nova Zelândia (Heise, 1994). Na violência sexual, o fenômeno se repete e acumulam-se evidências de que o agressor sexual, na maioria dos casos, é alguém conhecido e próximo da mulher. Entre crianças e adolescentes, o problema se torna mais grave e o perpetrador de violência sexual é identificável entre 70 e 95% dos casos (Drezett, 2004; Garza-Aguilar & Diaz-Michel, 1994). O agressor desconhecido assume maior presença entre mulheres adultas, em cerca de metade das ocorrências (Muram, 1995).

VIOÊNCIA SEXUAL E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher e a taxa de gravidez oscila entre 1 e 7% (Holmes, 1996; Faúndes, 1998). A anticoncepção de emergência constitui medida crítica para evitar grande parte das gestações decorrentes de violência sexual. Deve ser prescrita para todas mulheres expostas à gravidez, em contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, e que estejam em idade reprodutiva (Drezett, 1998).

A anticoncepção de emergência hormonal é o método de eleição devido a seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra-indicações absolutas, que utiliza compostos hormonais concentrados, por curto período de tempo, em dois diferentes métodos (WHO, 1998). O método do levonorgestrel exclusivo deve ser a primeira escolha, sempre que possível, em virtude de sua maior eficácia e tolerabilidade, e por não apresentar interação com alguns anti-retrovirais, geralmente usados de forma concomitante, para profilaxia do HIV, nos casos de violência sexual (Brasil, 2005b). A mulher que recebe anticoncepção de emergência deve ser orientada a se dirigir ao serviço de saúde, no caso de atraso menstrual. Devem ser informadas que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual (Brasil, 2005e). A anticoncepção de emergência não provoca sangramento imediato após seu uso, e em cerca de 60% das mulheres, a menstruação seguinte incidirá dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias (WHO, 1998).

Todas as mulheres podem utilizar a anticoncepção de emergência com segurança, inclusive aquelas para as quais, habitualmente, se apresentem contra-indicações ao uso de anticoncepcionais hormonais orais combinados (WHO, 1998). A eficácia da anticoncepção de emergência é elevada, com **Índice de Efetividade** médio de 75% e **Índice de Pearl** (índice de falha) de cerca de 2%. Isto significa que a anticoncepção de emergência pode evitar, em média, três de cada quatro gestações decorrentes de violência sexual. No entanto, a eficácia da anticoncepção de emergência se modifica drasticamente, em função do número de horas entre a violência e sua administração. As taxas de falha do levonorgestrel, por exemplo, variam de 0,4% (0-24 horas) a 2,7% (49-72 horas). Entre o 4° e o 5° dia da violência sexual, a anticoncepção de emergência ainda oferece alguma proteção, embora com taxa de falha expressivamente maior (Faúndes, 2003; Trussel, 1998).

Embora a eficácia da anticoncepção de emergência apresente taxas consideráveis, ainda não é utilizada por grande parte das mulheres que sofrem violência sexual. Apesar de este dado ser resultado de distintos fatores, uma das barreiras mais significativas é a equivocada convicção de que a anticoncepção de emergência é “abortiva”. De fato, uma parcela dos gestores e dos profissionais de saúde assim se posiciona, mesmo com ampla documentação científica que garante o contrário. Não há, decididamente, qualquer indicador de que a anticoncepção de emergência exerça efeitos após a fecundação, que atue impedindo a nidadação ou que implique na eliminação precoce do embrião (Brache, 2003; Brasil, 2005b; Faúndes, 2003; Piaggio, 1999; WHO, 1998). Contudo, muitas mulheres ainda não recebem a anticoncepção de emergência nos serviços de emergência, até quando em condições de risco para gravidez. A prevenção da gravidez é ignorada e, não raramente, omitida por alegações injustificáveis, inclusive frente a suas possíveis consequências (Drezett, 2003).

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Com poucas exceções, quase todos os países do mundo possuem Leis que permitem o abortamento ser realizado para salvar a vida da mulher. Em cerca de 60% dos países, a legislação também consente esta prática para preservar a saúde física ou mental. Quase 40% não pune o abortamento, quando a gravidez resulta de violência sexual ou quando cursa com anomalia fetal grave. Motivos sociais ou econômicos conduzem à autorização para o abortamento em 30% das legislações. O abortamento voluntário, por exclusiva solicitação da mulher, é garantido por cerca de 30% dos países, a maioria desenvolvidos (WHO, 2003).

No Brasil, a legislação sobre o abortamento encontra-se entre as mais restritivas. O abortamento é crime previsto pelo Código Penal nos artigos 124, 125 e 126, com penalidades para a mulher e para o médico que o praticam (Oliveira, 1987). No entanto, de acordo com o Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, incisos I e II do artigo 128 do Código Penal brasileiro, **não é crime e não se pune** o aborto praticado por médico, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual (Brasil, 2005c). O aborto deve ser precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Oliveira, 1987). Além disso, mediante solicitação e consentimento da mulher, o Poder Judiciário também tem autorizado a interrupção da gravidez em casos de anomalias fetais graves com inviabilidade de vida extra-uterina (Brasil, 2005d; Frigério, 2002).

Nestas três situações de exceção, o abortamento no Brasil é um inequívoco direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. Cabe ao Estado garantir que a interrupção dessas gestações seja realizada de maneira ética, humanizada e segura (Brasil, 2005c). Nesse sentido, o Ministério da Saúde normatizou, desde 1998, os procedimentos a serem adotados por gestores e profissionais de saúde para o atendimento ao abortamento previsto em Lei, pela Norma “Prevenção e

Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, e pela norma técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” (Brasil, 2005d; Brasil, 2005e).

O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde, afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e ser tratada legalmente, devendo ser recebida como **presunção de veracidade**. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Tais procedimentos não devem ser confundidos com as condutas reservadas à Polícia ou Justiça. O médico e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal Brasileiro (Oliveira, 1987), artigo 20, § 1º:

“É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”.

Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificação posterior de inverdade da alegação, somente a gestante responderá criminalmente (Brasil, 2005c; Oliveira, 1987). Por outro lado, o artigo 7 do Código de Ética Médica (CFM, 1988) assegura que:

“O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

Além disso, o artigo 28 do Código de Ética Médica define claramente a possibilidade do(a) médico(a) manifestar **objeção de consciência** nos casos de abortamento, recusando-se a realizar o procedimento. Segundo o Código é direito desse(a) profissional:

“Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

A posição do médico que manifesta objeção de consciência deve sempre ser respeitada. Esses profissionais não devem sofrer qualquer forma de coerção, ameaça, intimidação ou discriminação, pela recusa de praticar o abortamento legal. Nesses casos, recomenda-se que o médico declare sua condição de objeção de consciência para a mulher ou seu representante legal, de forma franca e clara, encaminhando-a a outro profissional ou serviço de saúde, que concorde em efetuar o abortamento (Brasil, 2005d; CREMESP, 2002). No entanto, o

Código de Ética Médica também estabelece que, **em certas situações específicas**, o médico **não tem direito** à objeção de consciência, prevalecendo o direito da mulher ao abortamento (CFM, 1988): 1) nos casos em que o abortamento é necessário, por motivo de iminente risco de morte para a mulher; 2) na ausência de outro médico que realize o abortamento em qualquer condição juridicamente permitida; 3) nas situações em que possa haver danos ou agravos à saúde da mulher em razão da omissão ou recusa do atendimento do profissional.

Estudo recente problematiza a questão da **objeção de consciência**, pela análise de entrevistas com profissionais de serviços de referência. Confirmou-se a existência de duas barreiras para a atenção aos casos de abortamento previsto em Lei: a desconfiança em torno da veracidade do fato narrado pelas mulheres e o receio de sofrer penalidades. Desconfiança e desconhecimento das normas legais são destacados como aspectos significativos dos argumentos que evocam a objeção de consciência em casos de atenção ao abortamento previsto em Lei (Galli & Gomes, 2006).

Apesar das definições legais sobre o abuso sexual variarem de acordo com a legislação de cada país, a maioria considera o uso de força física ou de intimidação, além do dissenso da vítima (Heirich, 1989). Dessa forma, para que um contato sexual seja classificado como crime sexual é fundamental que o mesmo não tenha consentimento da mulher e que, ao mesmo tempo, o agressor desrespeite esse dissenso. Requer, ainda, que para subjugar a vítima e concretizar a violência sexual, o agressor utilize um ou mais mecanismos de intimidação. Ou, ainda, que a situação corresponda aos quesitos da violência presumida. De acordo com o contexto legal, o Código Penal brasileiro classifica a violência sexual no título de **Crimes Contra os Costumes**, capítulo dos **Crimes Contra a Liberdade Sexual**. Esses crimes são considerados de **ação privada** e dependem exclusivamente da iniciativa da mulher pela abertura e mobilização do processo criminal (Oliveira, 1987), com poucas exceções. Atualmente, os crimes sexuais agrupam-se na Lei nº 8072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os **crimes hediondos**. Além do aumento da pena, o agressor perde o direito à fiança, liberdade provisória, anistia, graça ou indulto, e a pena deve ser cumprida integralmente em regime fechado (Torres, 1999).

Embora os termos **violência**, **abuso** ou **agressão** sexual sejam referidos pelos profissionais de saúde cotidianamente, a Lei Penal define os crimes sexuais de maneira específica. Assim, o **estupro** é caracterizado pelo artigo 213 do Código Penal como:

“Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”.

Entende-se por **violência** o uso de força física suficientemente capaz de vencer a resistência da mulher. A **grave ameaça** se configura como a promessa de efetuar tamanho mal, de modo a impedir a resistência da

vítima. A **conjunção carnal** corresponde ao coito vaginal, sendo esse crime limitado ao sexo feminino. No artigo 214 é abordado o **atentado violento ao pudor**, crime de:

“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”.

Aqui se incluem todas as situações que se distinguem do coito vaginal, como a sucção das mamas, manobras digitais eróticas ou a cópula anal ou oral. O atentado violento ao pudor pode ser praticado contra ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento válidas para o estupro (Oliveira, 1987). Importante ressaltar que o crime sexual cometido pelo esposo ou companheiro não é ressaltado no Código Penal, nem em casos nos quais a mulher mantenha situação de união formal ou estável com o agressor (Torres, 1999).

Outro aspecto jurídico relevante se refere à **presunção da violência**, artigo 224 do Código Penal. Trata-se de um conjunto de condições nas quais não ocorre constrangimento por uso de força ou de grave ameaça, mas que caracterizam, igualmente, estupro e atentado violento ao pudor. Assim, presume-se que houve violência quando:

“A vítima é menor de 14 anos; é alienada ou débil mental e o agressor conhece esta circunstância; ou quando não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência”.

Entre as principais condições de violência presumida durante a adolescência, destacam-se o temor ao agressor (59%) e a deficiência mental (35%). O uso de substâncias hipnóticas ou embriaguez correspondem a 5% dos casos (Drezett, 2001). Nos EUA, tem sido dada particular atenção ao uso de hipnoanalgésicos ou de drogas de ação similar sobre o sistema nervoso central. Essas substâncias são misturadas em bebidas, sem conhecimento da mulher ou da adolescente, com o intuito de neutralizar a oposição ou a resistência ao abuso sexual. Embora os padrões desse uso ilícito ainda sejam pouco conhecidos, mais de 20 substâncias para esse fim estão catalogadas (Saum & Inciardi, 1997). No Brasil, o Código Penal considera como presunção de violência tanto os estados de inconsciência, decorrentes da ação voluntária da vítima quanto os provocados pelo agressor (Pinho, 1979).

O atendimento de situações de violência sexual, incluindo-se os casos que envolvam gravidez, exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional (Brasil, 2005a). A Constituição Federal (Brasil, 2006b), artigo 5, garante que:

"São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação".

A revelação de informações durante o exercício profissional é prevista pelo Código Penal e caracterizada como crime pelo artigo 154, restando claro que:

"Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem".

Alinhando-se com a legislação, o Código de Ética Médica (CFM, 1988), no artigo 103, estabelece que:

"É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".

A Lei 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços públicos e privados de saúde. Até a presente data, a ficha de notificação desenvolvida pelo Ministério da Saúde encontra-se em processo de implantação, restrita a serviços de saúde, selecionados por características específicas. No entanto, deve-se observar que alguns Estados possuem Leis que determinam a notificação compulsória, que devem ser respeitadas pelos serviços de saúde (Brasil, 2006a).

O consentimento da mulher ou de seu representante legal é condição necessária para concretizar-se o abortamento nas situações previstas pela Lei, com exceção dos casos de risco de morte, quando a mulher esteja impossibilitada de expressar seu consentimento (Brasil, 2005d). O novo Código Civil brasileiro, de 2003, estabelece em seus artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 que: 1) a mulher com 18 anos de idade ou mais é considerada plenamente capaz de **consentir sozinha**; 2) a partir dos 16 anos e antes dos 18 anos, o consentimento da adolescente deve ser assistido pelos pais ou representante legal, que se manifestam e assinam o consentimento **com ela**; 3) antes dos 16 anos, a criança ou a adolescente devem ser representados pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam e assinam o termo de consentimento **por ela** (CCB, 2003).

O consentimento do representante legal também se faz necessário em situações nas quais a mulher, em qualquer idade, não possa expressar sua vontade ou não tenha condições de discernimento, a exemplo das deficientes mentais graves (Brasil, 2005c). Cabe considerar, quando houver conflito de interesses, que as adolescentes devem ter sua vontade respeitada, caso não queiram realizar o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que seus representantes legais assim o desejem (Brasil, 2005a; Brasil, 2005d; Brasil, 2005e).

O abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual prescinde de decisão judicial ou de sentença final do processo, caso houver. Portanto, a Lei penal brasileira não exige **alvará** ou **autorização judicial** para a concretização do abortamento, em casos de gravidez decorrente de violência sexual (Brasil, 2005c; Brasil, 2005d; Brasil, 2005e; Faúndes, 1997; Faúndes, 1998; FEBRASGO, 2004). A mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de notificar o fato à polícia e, portanto, não está obrigada a preencher o **Boletim de Ocorrência Policial**. Ela deve ser orientada pelos profissionais de saúde a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso não o faça, não lhe pode ser negado atendimento nem o abortamento. A efetivação do abortamento não está juridicamente vinculada à apresentação desse documento. Não há base legal para recusa dos serviços de saúde em efetuar o abortamento, quando a mulher, por motivo justificável, não possa realizá-lo (Brasil, 2005c; Brasil, 2005d; Brasil, 2005e; Oliveira, 1987; Talib, 2005). O mesmo cabe para o **Laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal**, do Instituto Médico Legal. Embora esse documento seja desejável em algumas circunstâncias, proceder o abortamento também não se vincula à apresentação do resultado do exame pericial (Brasil, 2005c; Brasil, 2005d; Brasil, 2005e; FEBRASGO, 2004).

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, estabelece os **Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez**, nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses procedimentos devem ser adotados pelos serviços de saúde para efetuar a interrupção de gravidez decorrente de violência sexual, e incluem diferentes documentos: 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) Termo de Parecer Técnico; 3) Termo de Responsabilidade; 4) Termo de Relato Circunstanciado; e 5) Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez. A inclusão em prontuário hospitalar de cópia do Boletim de Ocorrência Policial e do Laudo do IML, embora não seja obrigatória, é recomendada e considerada desejável (Brasil, 2006a).

No abortamento é necessário que amostras de material embrionário ou do cordão umbilical sejam preservadas, para eventual investigação de DNA do agressor (Teste de Paternidade), mediante solicitação do Poder Judiciário. A obtenção de provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, com papel crítico na identificação do autor da violência e sua responsabilização criminal. O material deve ser acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado, se possível em ambiente climatizado. O seu congelamento é alternativo, nos serviços com equipamento disponível. O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, por facilitar a proliferação bacteriana, com consequente destruição de células e do DNA. Deve-se abolir completamente o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol,

por resultar em desnaturação do DNA. Também se recomenda que parte do material do abortamento seja submetida a exame de anatomia patológica, para afastar a possibilidade de gestação molar (Brasil, 2005e; Faúndes, 1998).

ABORTAMENTO SEGURO

A Organização Mundial de Saúde define **abortamento** como a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana, com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. Por **aborto** entende-se o produto da concepção, eliminado pelo abortamento (WHO, 1992). O abortamento é considerado **inseguro** quando praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente capacitação técnica ou em ambas condições. Nesses casos, o abortamento está associado a taxas elevadas de mortalidade e morbidade. Por outro lado, quando efetuado em ambiente apropriado, com técnicas adequadas e por profissionais de saúde capacitados, o abortamento é procedimento **seguro**, com riscos reduzidos, se comparado com outros procedimentos médicos (WHO, 2003).

A maior parte das mortes maternas e das graves complicações decorrentes do abortamento poderia ser evitada, com o uso de técnicas seguras para interrupção da gravidez (WHO, 2003). Nos países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, a probabilidade de morte em decorrência do abortamento é da ordem de 1 para 100.000 procedimentos. Esses números contrastam com o risco de morte de 1 para 100 interrupções, geralmente verificado em países em desenvolvimento, nos quais o abortamento é proibido e, portanto, realizado de forma clandestina e insegura (Alan Guttmacher Institute, 1999).

A aspiração a vácuo intra-uterina consiste na técnica de escolha para interrupção da gestação de primeiro trimestre recomendada pela Organização Mundial da Saúde, pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria, pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Brasil, 2005d; FEBRASGO, 2004; WHO, 2003). A aspiração a vácuo é procedimento simples, seguro, rápido e eficaz. As taxas de complicação são significativamente menores, quando comparadas com a dilatação e curetagem e, raramente, de maior gravidade. Entre as alternativas disponíveis de aspiração a vácuo, destaca-se a Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU), que utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12 mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina. O equipamento tem menor custo e não depende de fonte de energia (Brasil, 2005d; Faúndes, 1999; Turner, 2005; WHO, 2003). A curetagem uterina tradicional utiliza curetas metálicas de diferentes formas e dimensões, para raspar e esvaziar a cavidade uterina, geralmente após dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar. Outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, podem ser necessários para auxiliar a extração do conteúdo uterino. Por possuírem diâmetro variável e serem de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes cirúrgicos imediatos, principalmente perfuração, e maior probabilidade de sangramento excessivo durante o procedimento. A

curetagem uterina deve ser usada somente quando a aspiração a vácuo não estiver disponível. A aspiração intra-uterina e a curetagem não são técnicas recomendadas para a interrupção com mais de 12 semanas (Brasil, 2005d; Faúndes, 1999; WHO, 2003).

Outra opção segura para interrupção da gravidez de **primeiro trimestre** é o abortamento medicamentoso com misoprostol. Nesses casos, o procedimento de interrupção é possivelmente mais demorado e mais desconfortável, com efeitos gastrintestinais mais frequentes. A escolha da dose e da forma de administração do misoprostol varia em diferentes experiências. As evidências mais recentes recomendam o uso de 800 microgramas por dia, via vaginal, durante até dois dias, em três possíveis esquemas: a) 800 microgramas, dose única diária; b) 400 microgramas cada 12 horas; e c) 200 microgramas cada 6 horas. A Federação Latinoamericana de Obstetrícia e Ginecologia recomenda dose de 800 microgramas repetida cada 12 horas, até três doses (Boza, 2005). Embora outras vias de administração possam ser empregadas, como oral ou sublingual, recomenda-se a via vaginal, umedecendo-se os comprimidos com água, aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina. A mulher que eventualmente decida por este método de interrupção deve ser informada acerca de suas limitações e efeitos, particularmente sobre cuidados com eventual sangramento excessivo. Ela poderá aguardar pela conclusão do abortamento até 24 horas após a última dose, em regime de internação ou em sua residência. Na falha do método medicamentoso, deve-se optar pela aspiração ou curetagem, dependendo da decisão da mulher, das condições clínicas e dos recursos disponíveis no serviço de saúde (Brasil, 2005d; Faúndes, 1999; FLASOG, 2005).

Embora pouco difundido em nosso meio, o abortamento medicamentoso pode ser realizado com o metotrexate. As evidências recomendam seu uso em associação com o misoprostol, em dose única de 50 mg, via oral. Essa administração deve ser feita três a sete dias antes do início do misoprostol, nas doses descritas (FLASOG, 2005). O mifepristone não se encontra disponível para uso no Brasil (Brasil, 2005d).

Nas gestações de **segundo trimestre** o abortamento medicamentoso constitui o método de eleição, recomendando-se o emprego de misoprostol, para dilatação cervical e expulsão ovular. Assim como ocorre na interrupção de gestações iniciais, há um grande número de protocolos que recomendam distintas doses e vias de administração do misoprostol. Entre os esquemas disponíveis, há indicação de 200 microgramas, via vaginal, cada 12 horas, por 48 horas (Brasil, 2005d). O tratamento pode ser repetido após intervalo de três a cinco dias, em caso de insucesso. A mulher deve permanecer internada até a conclusão da interrupção. O esvaziamento uterino pode ser completado com curetagem ou aspiração a vácuo, quando há abortamento incompleto (Brasil, 2005d; FEBRASGO, 2004; WHO, 2003). O procedimento pode ser precedido de injeção letal intracárdica ou intracordal de cloreto de potássio, nos serviços onde esta medida esteja disponível (Frigério, 2002).

Procedimentos cirúrgicos maiores, como a microcesárea, devem ser reservados para circunstâncias excepcionais e, geralmente, após a 16ª semana de gestação (Brasil, 2005e). A indução com ocitocina, ainda que precedida da preparação do colo de útero com misoprostol ou outra prostaglandina, apresenta elevadas taxas de falha. O método de Aburel, que emprega injeção intra-amniótica de solução hipertônica, deve ser evitado ao máximo, pela possibilidade de acidentes maternos graves e letais (Mariani-Neto, 1994). Nos casos de gravidez decorrente de violência sexual com mais de 20 semanas, o abortamento não deve ser praticado. Nessas situações, a mulher deve ser esclarecida da impossibilidade de atender sua solicitação e aconselhada a iniciar acompanhamento pré-natal. Deve, ainda, ser informada sobre as alternativas disponíveis após o nascimento, o que inclui a criança nascida no núcleo familiar ou a possibilidade de disponibilização para procedimento regular de adoção (Brasil, 2005e).

O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1, desenvolvido na década de 1980, como alternativa ao tratamento da úlcera gástrica. Distintamente da prostaglandina F2alfa, o misoprostol apresenta adequada estabilidade térmica, fácil armazenamento, praticidade de manipulação, boa tolerabilidade e custo acessível. Por essas características, foi rapidamente incorporado para uso em ginecologia e obstetrícia, tornando-se o medicamento de escolha para maturação do colo de útero, indução do trabalho de parto e abortamento medicamentoso (Cecatti & Moares-Filho, 2005).

No final da década de 1980, o conhecimento em torno da efetividade do misoprostol para interrupção da gravidez se difundiu entre mulheres de diversos países, particularmente no Brasil. Desde então, passou a ser amplamente utilizado como método de abortamento clandestino, principalmente em países com leis restritivas, com evidências que relacionam seu uso com a redução da mortalidade e morbidade decorrentes do abortamento (Viggiano, 1996). No entanto, ainda não foi aprovado o misoprostol para uso em ginecologia e obstetrícia em muitos países da América Latina e, em alguns, sofreu inúmeras interrupções e proibições de comercialização. No Brasil, sua aquisição regular passou a ser controlada por órgãos públicos de vigilância, que restringem sua compra aos serviços de saúde cadastrados e devidamente autorizados, mediante justificativa (FLASOG, 2005). Essas medidas, no entanto, não foram suficientes para coibir o extenso mercado clandestino desta droga, empregada por mulheres em situação de gravidez indesejada.

Às mulheres é concedido o direito à vida e à saúde, assim como aos benefícios do progresso científico. O abortamento medicamentoso tem contribuído para ampliar as opções das mulheres, relativamente ao exercício de suas escolhas reprodutivas. O procedimento deve ser considerado como um componente integral do cuidado à saúde reprodutiva. No entanto, o abortamento medicamentoso ainda não é acessível para muitas mulheres, que poderiam se beneficiar de seu uso (ICMA, 2004). Nesse sentido, a publicação em 2005, da segunda edição revisada e ampliada, pelo Ministério da Saúde, da Norma Técnica **Prevenção e Tratamento da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**, estabelece diretrizes referentes à oferta do abortamento medicamentoso com misoprostol, para interrupção de gestações decorrentes de violência sexual,

no primeiro trimestre. Na primeira edição dessa norma, o abortamento medicamentoso estava restrito a casos com mais de 12 semanas de idade gestacional (Brasil, 2005e).

ABORTAMENTO E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Tanto a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo em 1994, como a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher (FWCW), de Beijing, em 1995, reconhecem e afirmam os direitos humanos das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. A Conferência do Cairo declara que todos casais possuem direitos sexuais e reprodutivos fundamentais. Esses direitos incluem a decisão livre e responsável pelo número, espaçamento e momento de ter filhos, assim como o direito de receber informação e os meios necessários para que alcancem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva (United Nations, 1994). Em Beijing, os governos dos países participantes reconheceram o direito das mulheres de decidir livremente sobre a regulação de sua fertilidade e sexualidade, livres de coerção, discriminação e violência sexual. Acrescenta que o relacionamento entre homens e mulheres deve ser fundamentado nos princípios da equidade, respeito mútuo, consentimento e da responsabilidade, compartilhados no comportamento sexual e suas consequências (United Nations, 1995).

Na Conferência do Cairo, os governos reconheceram o abortamento como grave problema de saúde pública e se comprometeram a reduzir a necessidade das mulheres de interromper a gravidez, por medidas em prol da melhoria do acesso e da qualidade do planejamento reprodutivo. Ao mesmo tempo, estabeleceram que, em circunstâncias que não contrariem a legislação de cada país, deve-se garantir que as mulheres tenham acesso ao abortamento em condições seguras e humanizadas. No entanto, cabe ressaltar que esse princípio não tem a intenção ou finalidade de promover o abortamento como método de planejamento reprodutivo. Nesse sentido, o parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência do Cairo é suficientemente claro, ao advertir que:

“Em nenhum caso o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar...”.

Poucos anos após, em 1999, a Assembleia Geral das Nações Unidas (United Nations, 1999) aprovou a implementação do IPCD + 5. À ocasião, os governos participantes assumiram a necessidade de implementar políticas públicas de saúde para enfrentar o abortamento, destacando a responsabilidade do sistema de saúde por substituir processos ultrapassados de atendimento e pela redução do impacto do abortamento para a saúde das mulheres:

“Nas circunstâncias em que o aborto não contrarie a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e tomar outras medidas necessárias para assegurar que esses abortos sejam seguros e acessíveis”.

O Brasil, como país participante, é signatário dos documentos dessas Conferências, assim como de outros Tratados Internacionais de Direitos Humanos, assumindo o compromisso com as questões relativas ao abortamento. Essas referências estão incorporadas pela legislação brasileira com princípios éticos e jurídicos que contemplam a prevenção da gravidez indesejada e o abortamento seguro (Advocaci, 2003). A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 226, § 7º, estabelece que:

“Fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas”.

O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher das Nações Unidas (Comitê CEDAW) compreende que a tipificação do abortamento como delito é insuficiente e não desestimula as mulheres de se submeterem à sua prática. Ao contrário, a criminalização restringe as alternativas das mulheres, colocando-as na rota de práticas clandestinas e inseguras.

PROPOSIÇÃO

Pretende o Ministério da Saúde, por meio da presente investigação, conhecer em profundidade e de maneira adequada, as opiniões e perspectivas de mulheres, que realizaram o abortamento previsto em Lei, nas situações de violência sexual, incluindo a percepção que tiveram acerca do atendimento recebido no serviço público de saúde, e suas reflexões sobre como essa experiência teria interferido ou não em suas vidas. Pretende-se contribuir para a construção de uma análise crítica a respeito do abortamento previsto em Lei, no país, e definir suas implicações na rede de saúde pública, a partir da escuta qualificada dessas mulheres.

A Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, dentro das ações programáticas de redução da mortalidade materna e da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, considera as referidas informações fundamentais para o aprimoramento da assistência à mulher que recorre ao serviço público de saúde. O reconhecimento da perspectiva e vivência dessas mulheres é parte importante de um processo de garantia do direito de acesso ao abortamento em condições éticas, humanizadas e seguras. Além disso, pretende-se conhecer a percepção das mulheres sobre a adoção das novas diretrizes sobre abortamento medicamentoso, formuladas pelo Ministério da Saúde. As variáveis de estudo foram desenhadas em modelo qualitativo, e analisadas nos seguintes grupos temáticos:

- Dados sobre a entrevistada.
- Dados sobre a violência sexual.
- Dados sobre a gravidez.
- Dados sobre o abortamento.
- Comportamentos e opiniões da entrevistada.
- Perspectivas sobre o abortamento medicamentoso.

A escolha do Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM), na cidade de São Paulo, como instituição para participar deste estudo, se deu por se tratar de uma referência nacional na área de abortamento previsto em Lei, bem como pelo número significativo de casos de interrupção de gravidez já realizados, fatores críticos para o acesso aos casos de inclusão no estudo. A opção por uma única instituição participante é devida ao pequeno número de casos necessários, estabelecido pelo desenho qualitativo do projeto. Todos os abortamentos efetuados pelo CRSM, incluídos nesta investigação, foram fundamentados no Decreto-Lei 2848, inciso II do artigo 128 do Código Penal brasileiro. Os procedimentos adotados para a interrupção da gravidez obedeceram rigorosamente ao ordenamento jurídico vigente e às normas e procedimentos de aprovação definidos pelo Ministério da Saúde (Oliveira, 1987; Brasil, 2005).

Entre agosto de 1994 e dezembro de 2005, foram atendidos pelo Serviço de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual, do CRSM, 12.651 casos de violência sexual. No mesmo período foram praticados 505 abortamentos previstos em Lei. Nesta pesquisa foram selecionados os casos de interrupção da gravidez procedidos há pelo menos um ano, elegendo-se, inicialmente, as ocorrências entre janeiro de 2000 e junho de 2005, período em que foram atendidos pelo CRSM 10.264 casos novos de violência sexual, com 211 abortamentos previstos em Lei. A identificação destes casos foi efetuada por consulta nos arquivos do Núcleo de Serviço Social do CRSM, onde constam os dados de identificação das pacientes que realizaram a interrupção da gravidez, incluindo-se data, logradouro e número de telefone pessoal, profissional, ou para contato.

Dos 211 casos inicialmente identificados, 156 mulheres (73,9%) não foram localizadas, por mudança de telefone e/ou endereço. Neste aspecto, cabe mencionar as alterações efetuadas pela Companhia Telefônica de São Paulo que, nos últimos anos, substituiu a maioria dos prefixos da numeração telefônica da Região Metropolitana de São Paulo, o que inviabilizou o contato com os telefones, constantes nos registros do CRSM. A consulta e utilização dos novos prefixos, disponibilizados pela Companhia Telefônica de São Paulo, foram insuficientes para localizar os números de telefones atuais destas 156 mulheres. Da mesma forma, a tentativa de identificação dos números novos, pelo endereço referido nos registros do CRSM mostrou ser conduta ineficaz, devido a mudanças de residência ocorridas. Essas duas medidas foram tomadas após, pelo menos, três tentativas de contato telefônico, utilizando-se os registros disponibilizados pela instituição.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão no estudo:

- Realização de **abortamento previsto em Lei** há pelo menos um ano, em virtude de gravidez decorrente de violência sexual, **abortamento sentimental**, em conformidade com o Decreto-Lei 2848, inciso II do artigo 128 do Código Penal brasileiro (Oliveira, 1987).
- Caracterização da gravidez decorrente de violência sexual, preenchendo-se os critérios estabelecidos para crime de **estupro**, conforme artigo 213 do Código Penal brasileiro (Oliveira, 1987).
- Idade igual ou maior que 18 anos, no momento da entrevista, independente da idade à época da efetivação do abortamento previsto em Lei.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes itens:

- Idade menor que 18 anos no momento da entrevista.
- Condição de deficiência mental de qualquer natureza ou gravidade, estabelecida por profissional da área de saúde mental.
- Abortamento previsto em Lei, realizado há menos de um ano da data da entrevista.
- Abortamento previsto em Lei, realizado por condição de risco de morte para a gestante, **abortamento necessário**, previsto pelo inciso I do artigo 128 do Código Penal brasileiro.
- Abortamento efetuado mediante alvará judicial, decorrente de gravidez associada à anomalia fetal grave e incompatível com a vida extra-uterina.
- Gestação à época da entrevista, em qualquer idade gestacional.

Na busca ativa empreendida, 55 mulheres (26,1%) foram localizadas e efetivamente contatadas para participar da pesquisa. Deste total, 27 casos (49,1%) foram excluídos pelos critérios adotados:

- Catorze mulheres (25,4%) eram menores de 18 anos de idade;
- Seis mulheres (10,9%) relataram não residir na cidade de São Paulo, o que as impossibilitava de participar da investigação. Destas seis mulheres, duas mudaram-se para o Estado da Bahia e uma transferiu residência para outro país. As demais residiam em cidades relativamente distantes (Guarujá, Lins, e Sorocaba) e apenas realizaram o abortamento em São Paulo devido à ausência de serviços especializados em suas cidades;
- Quatro mulheres (7,3%) eram portadoras de deficiência mental, em diferentes níveis de severidade;
- Duas mulheres (3,6%) afirmaram não poder participar da entrevista por se encontrarem grávidas e próximas do momento do parto;
- Uma mulher (1,8%) realizou o abortamento previsto em Lei, por motivo de risco de morte materna, decorrente da associação entre câncer de mama e gravidez de primeiro trimestre.

Considerando-se os casos compatíveis com critérios de exclusão ou aqueles nos quais foi declarada impossibilidade justificada de participação, entre as 55 mulheres inicialmente contatadas, 28 (50,9%) foram considerados dentro dos critérios de inclusão para participar do estudo. Desse total, 20 mulheres (71,4%) concordaram em participar. A negativa ao convite foi expressa por seis (21,4%). Dentre estas, cinco mulheres justificaram sua decisão pela falta de desejo de rememorar a experiência de violência sexual, embora declarassem satisfação com o atendimento recebido, à época do abortamento previsto em Lei. Houve um caso em que, apesar de preliminarmente concordar em integrar o grupo pesquisado, a possível entrevistada desistiu momentos antes do início da entrevista sem, no entanto, declarar o motivo de sua decisão. Duas mulheres (7,1%) concordaram em conceder entrevista, mas não se apresentaram na data agendada. Após o ocorrido, elas não foram encontradas nos telefones do primeiro contato.

Entre as entrevistadas, 15 mulheres (75%) preferiram conceder entrevista nas dependências do CRSM. Apenas uma (5%) optou por sua residência. Três (15%) escolheram responder à pesquisa em seu local de trabalho, e uma mulher (5%) optou por fazê-lo na praça de alimentação de um *shopping center*, próximo à sua residência.

VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis de estudo foram divididas em **seis blocos temáticos**, conforme o que se segue. Cada variável foi analisada, considerando-se apenas a categoria de inclusão encontrada entre os dados registrados na ficha de entrevista e/ou nas informações presentes no prontuário hospitalar.

BLOCO I - DADOS SOBRE A ENTREVISTADA

Dados sobre o perfil pessoal, social e econômico das mulheres incluídas no estudo, abrangendo as seguintes variáveis: idade; religião; estado civil; raça / cor; escolaridade; ocupação; profissão e renda familiar.

- **IDADE:** em anos completos no momento da entrevista, incluindo-se variação e média etária.
- **RELIGIÃO:** declarada pela mulher no momento da entrevista, classificada nas seguintes categorias encontradas: **a) católica; b) evangélica; c) espírita; d) sem religião; e) sem resposta.**
- **ESTADO CIVIL:** correspondente à situação conjugal declarada pela mulher no momento da entrevista, considerando-se as seguintes categorias: **a) solteira; b) casada ou em união consensual; c) separada judicialmente, divorciada ou desquitada; e d) viúva.**
- **RAÇA / COR:** conforme classificação da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 1996, considerando-se a auto-determinação da entrevistada, nas seguintes categorias: **a) branca; b) preta; c) parda; d) amarela; e f) indígena.**
- **ESCOLARIDADE:** análise da escolaridade declarada pela entrevistada, nas seguintes categorias: **a) não alfabetizada; b) ensino fundamental incompleto; c) ensino fundamental completo; d) ensino médio incompleto; e) ensino médio completo; f) superior incompleto; e g) superior completo.**
- **OCUPAÇÃO:** atividade laboral exercida pela entrevistada, nas seguintes categorias: **a) trabalho formal; b) trabalho informal; c) sem ocupação; d) estudante; e) desempregada; e f) sem resposta.**
- **PROFISSÃO:** profissão declarada pela entrevistada.

- **RENDA FAMILIAR:** renda familiar em número de salários mínimos, nas seguintes categorias: a) menos de 1 salário mínimo; b) entre 1 e 2 salários mínimos; c) entre 3 e 5 salários mínimos; d) entre 6 e 10 salários mínimos; e) entre 11 e 20 salários mínimos; f) 21 salários mínimos ou mais; e g) sem resposta.

BLOCO II - DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

Dados sobre as condições e mecanismos de violência sexual, perpetrada contra as mulheres incluídas no estudo, que resultou na situação de gravidez.

- **AUTOR DA VIOLÊNCIA SEXUAL:** tipificação do agressor sexual apontado pela entrevistada como o responsável pela gravidez interrompida, classificado nas possíveis categorias: a) desconhecido; b) pai biológico; c) padrasto; d) avô; e) tio materno ou paterno; f) irmão; g) primo; h) vizinho ou morador da comunidade; i) parceiro íntimo na época; j) ex-parceiro íntimo; k) sem resposta; e l) outro.
- **TIPO DE INTIMIDAÇÃO:** mecanismo utilizado pelo agressor para a intimidação da entrevistada, considerando-se o previsto pelos artigos 213 e 224 do Código Penal brasileiro (Oliveira, 1987), nas seguintes categorias: a) grave ameaça; b) força física; c) grave ameaça associada à força física; d) e violência presumida.
- **SITUAÇÃO OU ATIVIDADE NO MOMENTO DA ABORDAGEM DO AGRESSOR:** definida pela atividade ou situação declarada pela entrevistada no momento da abordagem do agressor. As situações foram classificadas em: a) percurso da escola; b) percurso do trabalho; c) local de trabalho; d) residência da entrevistada; e) residência do agressor; f) outro local; e g) sem resposta.
- **NÚMERO DE AGRESSORES:** número de agressores sexuais que efetivamente participaram da violência sexual que resultou em gravidez, dividido em: a) agressor único; b) dois agressores; c) três agressores; d) quatro agressores; e) cinco ou mais agressores; e f) sem resposta.
- **ATENDIMENTO IMEDIATO APÓS A VIOLÊNCIA SEXUAL:** procura ou não, pela entrevistada, por atendimento imediato após a violência sexual em serviço de saúde, público ou privado, no prazo de até 72 horas. Nos casos afirmativos, se recebeu anticoncepção de emergência para profilaxia da gravidez e se a gravidez resultou ou não de falha do método anticonceptivo.

BLOCO III - DADOS SOBRE A GRAVIDEZ

Informações sobre o processo de identificação da gravidez, suas repercussões emocionais imediatas, e condições de informação e acesso ao abortamento previsto em Lei.

- **IDENTIFICAÇÃO DA GRAVIDEZ:** forma de conhecimento da gravidez decorrente de violência sexual, classificado nas possíveis categorias: **a) teste de gravidez adquirido em farmácia; b) teste de gravidez realizado em serviço de saúde; c) teste de gravidez realizado em laboratório privado; d) atraso menstrual; e) ultra-sonografia; e f) outro.**

- **SENTIMENTOS AO SABER DA GRAVIDEZ:** sentimentos expressos ou não, pela entrevistada, no momento do diagnóstico da gravidez decorrente de violência sexual, nas seguintes categorias: **a) castigo; b) desmoralização; c) humilhação; d) adoecimento; e) desproteção; f) risco; g) medo; h) ausência de alternativas; i) outro; e j) não respondeu.**

- **ATITUDE FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ:** atitude inicial da entrevistada, após conhecer o diagnóstico da gravidez decorrente da violência sexual, nas seguintes categorias: **a) procura pela Autoridade Policial; b) procura por serviço de saúde; c) outro; e d) não respondeu.**

- **SOBRE RELATAR O OCORRIDO:** relato, efetuado ou não, pela entrevistada, sobre o ocorrido para pessoa(s) de sua confiança, nas seguintes categorias: **a) não relatou o ocorrido; b) relatou o ocorrido; e c) não respondeu.** Nos casos em que foi compartilhado o ocorrido, para qual ou quais pessoas o fez.

- **SENTIMENTOS AO COMPARTILHAR O OCORRIDO:** sentimentos, experimentados ou não, pela entrevistada, após compartilhar o ocorrido com pessoa(s) de sua confiança, nas seguintes categorias: **a) acolhimento; b) proteção; c) abandono; d) culpabilização; e) castigo; f) humilhação; g) desmoralização; h) crítica; i) outro; e j) não respondeu.**

- **INFORMAÇÃO SOBRE A POSSIBILIDADE DE RECORRER AO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI:** oferecimento ou não da informação sobre a possibilidade de solicitar o abortamento previsto em Lei, antes de ingressar para atendimento no CRSM, considerando-se as seguintes possibilidades: **a) Delegacia de Polícia; b) serviço de saúde; c) Instituto Médico Legal; d) amigos e/ou parentes; e) outro; e f) não respondeu.**

- **ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:** relação de órgãos públicos ou privados, governamentais ou não governamentais, que referenciaram a entrevistada, segundo sua declaração. Foram considerados

formulários de encaminhamento, ofícios, cartas de apresentação, contatos telefônicos ou mecanismos similares. No caso de mais de um órgão encaminhando a mesma entrevistada, considerou-se para fins de registro o primeiro a realizá-lo. Os casos foram alocados nas seguintes categorias: **a) Delegacia de Polícia; b) Instituto Médico Legal; c) serviço público de saúde; d) serviço privado de saúde; e) Poder Judiciário; f) demanda espontânea; g) outro; h) não respondeu.**

- **ALTERNATIVAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL:** se a entrevistada recebeu ou não esclarecimento e informação suficientes sobre a possibilidade e o direito de manter a gestação até o término e, nesse caso, proceder à doação da criança, para processo regular de adoção, ou incluí-la no núcleo familiar.
- **ACESSO À INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO:** se a entrevistada considera que houve ou não dificuldade(s) para ter acesso à informação sobre o direito de escolha pelo abortamento previsto em Lei.

BLOCO IV - DADOS SOBRE O ABORTAMENTO

Dados sobre o processo pessoal de decisão pelo abortamento, características do procedimento de interrupção realizado e qualificação do atendimento recebido.

- **DECISÃO PELO ABORTAMENTO:** se a entrevistada compartilhou ou não a decisão de abortamento previsto em Lei, entre as seguintes alternativas, com: **a) pais; b) parceiro ou parceira; c) amigo ou amiga; d) orientador religioso; e) profissional de saúde; f) outro; e g) não respondeu.**
- **MOTIVO DA DECISÃO PELO ABORTAMENTO:** pergunta aberta e não estimulada, sem alternativas preestabelecidas.
- **TEMPO DECORRIDO DO ABORTAMENTO:** em anos e meses completos.
- **IDADE DA ENTREVISTADA AO RELIZAR O ABORTAMENTO:** em anos completos.
- **IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO ABORTAMENTO:** semanas completas de gestação no momento da interrupção da gravidez (dado de prontuário hospitalar).
- **MÉTODO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ:** técnica utilizada para realizar o abortamento previsto em Lei, considerando-se as seguintes possibilidades: **a) Aspiração Manual Intra-Uterina – AMIU; b) abortamento medicamentoso com misoprostol; c) microcesareana; e d) outro** (dado de prontuário hospitalar).

- **COMPLICAÇÕES:** análise das complicações ou intercorrências decorrentes do procedimento de interrupção da gravidez, considerando-se as seguintes possibilidades: **a) intercorrências anestésicas; b) intercorrências clínicas; c) intercorrências cirúrgicas; e d) outro.** (dado de prontuário hospitalar)

- **ACOMPANHAMENTO MÉDICO APÓS O ABORTAMENTO:** se a entrevistada realizou ou não acompanhamento médico após o abortamento. Nos casos negativos, especificação do motivo para não efetuar o acompanhamento.

- **ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO APÓS O ABORTAMENTO:** se a entrevistada recebeu ou não acompanhamento psicológico após o abortamento. Nos casos negativos, especificação do motivo para não realizar o acompanhamento.

- **OPINIÃO DA ENTREVISTADA SOBRE O ATENDIMENTO RECEBIDO:** avaliação pela entrevistada nas categorias excelente, bom, razoável, ruim ou péssimo, sobre os seguintes atendimentos recebidos: **a) serviço social; b) psicologia; c) ginecologia; d) anestesiologia; e) enfermagem; f) recepção; g) segurança; h) ambulatório; i) enfermaria; j) laboratório; k) serviço de ultra-sonografia; l) centro cirúrgico; e m) não respondeu.**

BLOCO V – COMPORTAMENTOS E OPINIÕES DA ENTREVISTADA

Dados sobre o comportamento da entrevistada após a realização do abortamento, incluindo-se sua opinião sobre a qualidade do procedimento.

- **SENTIMENTOS APÓS O ABORTAMENTO:** sentimentos experimentados pela entrevistada imediatamente após a realização do abortamento. Pergunta aberta, não estimulada.

- **SOBRE RELATAR O ABORTAMENTO REALIZADO:** relato ou não pela entrevistada sobre o abortamento realizado para pessoa(s) de sua confiança, nas seguintes categorias: **a) não compartilhou o ocorrido; b) familiares; c) parceiro ou parceira; d) colega de trabalho; e) amigo ou amiga; f) membros de sua religião; g) pessoas da escola; h) outro; e i) não respondeu.**

- **OPINIÃO DA ENTREVISTADA SOBRE SUAS RELAÇÕES PESSOAIS APÓS O ABORTAMENTO:** relacionamento da entrevistada com família; parceiro; trabalho; sexualidade; amigos; escola; religião ou outro, com opinião acerca de mudanças em cada um desses relacionamentos após o abortamento, classificando-as entre as alternativas: **a) não alterou; b) melhorou, c) piorou; d) não sabe definir; e) não se aplica; e f) não respondeu.**

- **PENSAMENTOS RECORRENTES:** pensamento(s) recorrente(s) experimentado(s) ou não pela entrevistada após a realização do abortamento, incluindo-se as seguintes alternativas: **a) sobre a violência sexual; b) sobre o abortamento, c) suicídio; d) reencontrar o agressor; e) outro; e f) não respondeu.**

- **MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO:** percepção da entrevistada sobre mudanças ou não em seu corpo ou comportamento após a realização do abortamento, avaliando-se as seguintes possibilidades: **a) hábitos alimentares; b) sono, c) outro; e d) não respondeu.**

- **ARREPENDIMENTO:** se a entrevistada se sente ou não arrependida por ter realizado o abortamento e, em caso afirmativo, o eventual motivo de arrependimento. Se a entrevistada repetiria ou não o abortamento, caso pudesse retornar ao momento de decisão. Pergunta aberta e não estimulada.

- **ASPECTOS FAVORÁVEIS DO ATENDIMENTO:** opinião da entrevistada sobre os pontos favoráveis no atendimento recebido pelo serviço de saúde. Pergunta aberta e não estimulada.

- **ASPECTOS DESFAVORÁVEIS DO ATENDIMENTO:** opinião da entrevistada sobre os pontos desfavoráveis no atendimento recebido pelo serviço de saúde. Pergunta aberta e não estimulada.

BLOCO VI – PERSPECTIVAS SOBRE O ABORTAMENTO MEDICAMENTOSO

Informações sobre o abortamento medicamentoso com uso de misoprostol, específico para as entrevistadas com gestações entre 13 e 20 semanas de idade gestacional.

- **TEMPO NECESSÁRIO PARA O ABORTAMENTO:** período mensurado em horas ou dias completos, desde a primeira dose do misoprostol até a expulsão fetal (dado de prontuário hospitalar).

- **OPINIÃO SOBRE EVENTOS DO ABORTAMENTO MEDICAMENTOSO:** opinião da entrevistada sobre os eventos produzidos pelo abortamento medicamentoso quanto a sangramento; dor; tempo de espera ou outro evento apontado; classificando-os nas seguintes categorias: **a) indiferente; b) aceitável; c) muito incômodo; d) inaceitável; e) não opina; f) não respondeu.** Opinião da mulher sobre qual o evento mais incômodo e se considera aceitável a experiência com o abortamento medicamentoso.

INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foi utilizado questionário estruturado denominado **Roteiro de Entrevista – Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual** (Anexo I), dividido em seis blocos temáticos. O instrumento de coleta de dados foi pré-testado, corrigido e modificado, nas questões necessárias.

Para algumas variáveis técnicas, foram utilizadas informações contidas no prontuário hospitalar da entrevistada, conforme descrição em metodologia. Nesses casos, utilizaram-se os dados registrados na **Ficha de Atendimento** do Serviço de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual, do CRSM.

ENTREVISTAS

Para conduzir as entrevistas, a partir dos princípios propostos, a Área Técnica da Saúde da Mulher, Ministério da Saúde contou com a participação do Ipas Brasil, responsável pela entrevista dessas mulheres. Ipas é uma organização não governamental com status de órgão consultivo, conferido pela Organização das Nações Unidas (ONU), que atua em vários países, inclusive no Brasil, há mais de 10 anos. Seu objetivo consiste em contribuir de forma ativa para a melhoria das condições de assistência à saúde reprodutiva da mulher, inclusive aos serviços de abortamento previsto pela Lei. O **Roteiro de Entrevista – Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual** (Anexo I) e o **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** (Anexo II) foram elaborados por técnicos do Ipas Brasil envolvidos no estudo, contando com profissionais com formação nas áreas de ginecologia; psicologia, saúde pública e sociologia. Quanto ao profissional responsável pela aplicação das entrevistas às participantes do estudo, optou-se pela escolha de um psicólogo em atividade no Serviço de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual, do CRSM. A opção está pautada na experiência desse profissional em situações de violência sexual e de abortamento previsto em Lei. O psicólogo foi previamente capacitado para o manejo do instrumento da entrevista, incluindo-se sua participação no pré-teste. Este profissional foi também responsabilizado pelo contato telefônico inicial com cada potencial entrevistada, pela proposta de participação no estudo, e acordo sobre local e data da entrevista.

INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS

Por se tratar de estudo de desenho metodológico qualitativo, os dados não foram pré-codificados e informatizados. Parte dos dados obtidos no **Roteiro de Entrevista – Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual** e dos registros dos **Prontuários Hospitalares** foram transferidos para o programa Microsoft Excel, com o intuito de facilitar o manejo e a análise das informações.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo recebeu autorização da Direção do Centro de Referência da Saúde da Mulher, por intermédio de solicitação escrita, formulada pela Área Técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. A participação de cada entrevistada se deu mediante sua concordância em participar da investigação e assinatura do **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** (Anexo II), após exposição dos propósitos da pesquisa e suficiente esclarecimento de todas as dúvidas expostas pela participante. Foram obedecidos irrestritamente os princípios éticos e legais de confidencialidade e sigilo da fonte de dados, conforme previsto pela Legislação Brasileira e

pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Nenhuma integrante deste estudo foi por qualquer meio identificada, direta ou indiretamente, nem teve seu nome revelado. Cada entrevista foi registrada somente por números e iniciais alfabéticas. O instrumento de entrevista e o prontuário hospitalar de cada mulher entrevistada foram manipulados exclusivamente pelos profissionais envolvidos e mantidos em condição de acesso restrito. Não foram utilizados quaisquer outros meios de registro da entrevista ou da entrevistada, como gravação de voz, filmagem, fotografia ou declarações escritas de próprio punho pela informante. Frases espontaneamente expressas pela entrevistada, consideradas relevantes para o estudo, foram registradas no instrumento de entrevista de maneira integral, entre parênteses, sem correções, acréscimos, interpretações, adaptações ou modificações, sempre após pedido verbal da entrevistadora e mediante expressa autorização da entrevistada, respeitando-se as normas de sigilo e confidencialidade. As entrevistas foram efetuadas individualmente, sem qualquer forma de contato com as demais participantes do estudo, em local e ambiente definido pela entrevistada, em dia e horário acordados com o entrevistador. Para cada entrevistada foi oferecida, inicialmente, a possibilidade de conceder a entrevista em espaço no CRSM, com condições apropriadas de conforto e privacidade. Nos casos em que a entrevistada recusou esta hipótese, procedeu-se à entrevista em local e horário da escolha da entrevistada, respeitando-se igualmente os princípios de privacidade e confidencialidade. A entrevistada teve garantido o direito de interromper e cancelar sua participação em qualquer momento da entrevista, inclusive após seu término, sem necessidade de apresentar justificativa para sua decisão. Nesse caso, o instrumento de entrevista foi destruído pelo entrevistador, na presença da entrevistada. Da mesma forma, foi garantido o direito de a entrevistada se recusar a responder questões que entendesse, por qualquer razão, que não poderia ou deveria fazê-lo, sem necessidade de justificar ou expor motivo para o entrevistador. A participação da entrevistada foi voluntária, não envolvendo qualquer forma direta ou indireta de pagamento, benefício ou vantagem.

ANÁLISE DOS DADOS E MÉTODO ESTATÍSTICO

Por se tratar de estudo de desenho metodológico qualitativo, a maioria das informações obtidas pelo Roteiro de Entrevista – Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual e pelos registros dos Prontuários Hospitalares não recebeu tratamento estatístico ou outras formas de análise comparativa. As variáveis de estudo foram apenas submetidas à distribuição percentual.

Os resultados foram divididos segundo a disposição dos seis blocos temáticos. Em cada bloco encontram-se os resultados de cada variável de estudo, definida no capítulo **método**, mantendo-se a ordem das entrevistas.

BLOCO I - DADOS SOBRE A ENTREVISTADA

Dos 211 casos inicialmente identificados, 156 mulheres (73,9%) não foram localizadas, por mudança de telefone e/ou endereço. O expressivo número de mulheres que alteraram seus dados de contato pode ser explicado, em parte, pela chamada **deterioração do sentimento de segurança**, condição habitualmente presente em pessoas que experimentaram situações de violência sexual, fundamentada, particularmente, no temor de serem reencontradas pelo agressor sexual. Outra possibilidade se refere a que parte dessas mulheres tenha mudado de residência ou de número de telefone por outras circunstâncias não relacionadas à violência sexual. A maior parte das entrevistadas utilizou seu dia de folga no trabalho para conceder a entrevista ou o fizeram em sábados ou domingos. O fato de essas mulheres preferirem ser entrevistadas no serviço de saúde pode sugerir que elas não gostariam de ter a realidade de sua problemática estendida à sua vida particular, de modo a extrapolar sua intimidade, o que possivelmente propiciaria sentimentos de exposição e de maior vulnerabilidade. Muitas das entrevistadas manifestaram espanto ou certa perplexidade no momento do primeiro contato telefônico, afirmando não imaginar que o hospital as procurasse novamente.

A **idade** das mulheres entrevistadas variou entre 18 e 44 anos, com média de 28,9 anos. Em relação à **religião**, nove mulheres (45%) se declararam católicas; cinco (25%) evangélicas e outras quatro entrevistadas (20%), espíritas. Duas mulheres (10%) responderam não professar nenhuma religião. Quanto ao **estado civil**, 13 mulheres (65%) eram solteiras; seis (30%) declararam ser casadas ou viver em união estável, e uma mulher (5%) referiu ser divorciada. Nenhuma afirmou ser viúva. No que tange à **raça / cor**, 12 mulheres (60%) se consideraram brancas, cinco (25%) declararam ser pretas e três (15%) se identificaram como pardas. Não foram entrevistadas mulheres amarelas ou indígenas. Questionadas sobre sua **ocupação**, sete entrevistadas (35%) referiram não ter ocupação. Outras 13 mulheres (65%) declararam possuir as seguintes ocupações: auxiliar de produção; assessora de imprensa; assistente de faturamento; trabalhadora manual em laboratório; cabeleireira; recepcionista; professora; funcionária pública; bilheteira de cinema; repositora de restaurante; autônoma e secretária. Quanto à **profissão**: sete entrevistadas (35%) referiram não ter profissão. Treze (65%) se identificaram como: jornalista; assistente; administradora; inspetora de alunos; encapsuladora; vendedora; cabeleireira; recepcionista; professora; secretária; relações públicas; auxiliar de telemarketing e publicitária. A **renda familiar** dessas mulheres foi assim distribuída: até 1 salário mínimo – uma mulher (5%); de 1 a 2 salários mínimos – 11 mulheres (55%); 3 a 5 salários mínimos – três mulheres (15%); 6 a 10 salários mínimos – quatro

mulheres (20%); e de 11 a 20 salários mínimos – uma mulher (5%). A **escolaridade** das entrevistadas indicou 11 mulheres (55%) com ensino médio completo; cinco (25%) com curso superior completo; duas entrevistadas (10%) com ensino fundamental completo. Apenas uma mulher (5%) declarou possuir ensino médio incompleto e outra (5%) referiu curso superior incompleto, cursando faculdade de Letras.

Neste bloco chama a atenção o tema da religião declarada pelas entrevistas. Embora não seja possível estabelecer qualquer nexo entre a religião da mulher e sua decisão por solicitar o abortamento previsto em Lei, é interessante notar que a maioria das mulheres afirmou possuir orientação religiosa, geralmente contrária ao abortamento, inclusive nessa dramática circunstância. Ainda assim, essa condição não constituiu impedimento à solicitação de interrupção da gravidez.

BLOCO II - DADOS SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

Sobre o **autor da violência sexual** perpetrada, 16 mulheres (80%) referiram se tratar de indivíduo desconhecido. Os agressores apontados como identificáveis pelas entrevistadas corresponderam a 20% dos casos: duas mulheres (10%) indicaram que o agressor foi um ex-parceiro íntimo; uma mulher (5%) apontou, como agressor, o namorado de uma amiga; e uma mulher (5%) alegou ter sofrido violência sexual por pessoa do relacionamento de um amigo. Não foram declarados outros tipos de agressores sexuais entre as entrevistadas. Neste estudo, entre as mulheres entrevistadas, prevaleceu a indicação de um agressor de identidade desconhecida. Apesar do restrito número de mulheres investigadas, a participação de ex-parceiro íntimo pode ser considerada relevante. Analisando-se o **número de agressores** efetivamente envolvidos no crime sexual, 19 entrevistadas (95%) referiram terem sido violentadas por agressor único. Apenas uma entrevistada (5%) declarou ter sofrido violência sexual, ao mesmo tempo, por dois perpetradores.

Quanto ao **tipo de intimidação** utilizado pelo agressor para exercer a violência sexual, sete mulheres (35%) relataram uso de força física; sete (35%) declararam uso de grave ameaça; cinco (25%) referiram utilização de força física associada à grave ameaça e apenas uma entrevistada (5%) declarou ter sido vítima de violência presumida.

A **Situação ou Atividade** da mulher no momento da abordagem do agressor revelou que, em oito casos (40%), ocorreu durante atividade de lazer. Outras seis mulheres (30%) se encontravam no percurso do trabalho; duas entrevistadas (10%) estavam em suas próprias residências; e duas mulheres (10%) em atividades cotidianas, ambas no percurso do posto de saúde. Uma mulher (5%) foi abordada no trajeto para a escola e outra (5%) foi vitimada na residência do agressor. A soma das ocorrências em espaços privados (15%) encontrada neste estudo pode ser explicada pelo perfil do agressor, apontado como desconhecido, na maioria dos casos. Dessa forma, entende-se o elevado número de casos nos quais a abordagem do agressor ocorreu em espaços públicos (75%), principalmente no exercício de atividades cotidianas.

Questionadas quanto ao **atendimento imediato após a violência sexual**, 15 mulheres (75%) negaram procura por auxílio em serviços de saúde. Entre os motivos apresentados pelas mulheres entrevistadas, destaca-se a falta de reconhecimento dos impactos da violência sexual para a saúde. Essa baixa percepção de sua condição de risco, particularmente no que concerne à possibilidade de gravidez decorrente da violência sexual, pode ser interpretada tanto como resultado de desconhecimento das mulheres quanto em consequência dos transtornos emocionais provocados pela violência. A fala de uma mulher exemplifica essa situação:

*“... porque eu achei que não ia dar em nada, que não ia acontecer nada.
Nunca pensei que fosse ficar grávida”.*

Outra condição relevante, que justifica a escassa procura por serviços de saúde, foi a dificuldade das mulheres em revelar o que lhes ocorreu. De fato, a maioria não revela a violência sexual sofrida, seja por se sentirem ameaçadas, por vergonha, por medo da reação de quem a escuta ou pelo sentimento de humilhação (HRW, 1992; Pimentel, 1998). Nesse sentido, uma entrevistada, embora percebesse o risco para sua saúde, imposto pela violência sexual, declarou que não buscou serviços de saúde, pela seguinte justificativa:

“... mas você, contar o que aconteceu, é muito difícil...”

Outras justificativas foram relatadas pelas mulheres, para a recusa em procurar serviços de saúde, embora com menor frequência. Uma mulher (5%) declarou que acreditava, na época, que nunca engravidaria do estupro, o que pode ser compreendido como mecanismo psicológico de negação frente à violência sexual. Essa negação também foi identificada na expressão de outra mulher, ao afirmar:

“Porque eu queria esquecer... Não queria mais falar daquilo, pra ninguém...”

Uma entrevistada não acessou qualquer serviço de saúde, por receio da reação do marido, se fosse revelado o estupro. Ela considerou que ele não fosse entendê-la ou apoiá-la. O temor de represália do agressor foi apontado por uma mulher:

*“... fiquei com medo de falar, mesmo que fosse para o médico. Porque tinha sofrido
ameaça”.*

Essas situações referidas pelas entrevistadas sugerem a persistência de relevantes barreiras emocionais e sociais, que dificultam o acesso a serviços de saúde. Com esse quadro, muitas mulheres em situação de violência sexual não têm oportunidade de receber medidas de profilaxia necessárias para doenças sexualmente transmissíveis, HIV, hepatite B e, especialmente, prevenção da gravidez. Por outro lado, foram identificadas cinco mulheres (25%) que buscaram atendimento imediato, nas primeiras 72 horas. Dessas mulheres, quatro acessaram um serviço público de saúde e uma se dirigiu a serviço privado de saúde. No entanto, três mulheres (60%) declararam não terem recebido anticoncepção de emergência. As outras duas mulheres (40%), apesar de terem recebido profilaxia da gravidez, apresentaram falha do método empregado.

BLOCO III - DADOS SOBRE A GRAVIDEZ

Sobre a questão referente à **identificação da gravidez**, oito mulheres (40%) declararam que o conhecimento da condição de gravidez decorrente de violência sexual se deu em um serviço de saúde. Quatro entrevistadas (20%) descobriram por meio de teste, adquirido em farmácia. Três mulheres (15%) referiram realização de teste em laboratório privado. Duas entrevistadas (10%) reconheceram a situação pelo atraso menstrual e uma (5%) pela percepção de alterações corporais, semelhantes às sentidas em gestação prévia. Uma entrevistada (5%) constatou a gravidez em exame de rotina. Apenas uma mulher (5%) relatou ciência da gravidez por exame de ultra-sonografia.

Para indagar acerca dos **sentimentos ao saber da gravidez** decorrente da violência sexual, a entrevistadora apresentou diferentes alternativas, de modo que as mulheres afirmassem se experimentaram ou não distintos sentimentos. Como resultado, 18 mulheres (90%) declararam ter se sentido amedrontadas e sem alternativas. O sentimento de risco esteve presente para 17 mulheres (85%). A sensação de desproteção foi relatada por 16 entrevistadas (80%). Sentimento de humilhação foi apontado por 16 entrevistadas (80%). Outras 14 mulheres (70%) experimentaram sensação de desmoralização. Em 12 casos (60%) foi referido adoecimento e em outros oito casos (40%), o sentimento de castigo.

As entrevistadas, quando estimuladas a relatar outros sentimentos não indagados, acrescentaram: medo, impotência, raiva, depressão, ódio, culpa e idéias de suicídio. Uma mulher referiu ter sentido a gravidez como uma segunda violência:

“Não terminou... depois de tudo que me aconteceu, foi acontecer isso...”

Outra entrevistada se expressou de forma crítica, refletindo acerca da questão da maternidade e em torno da impossibilidade de escolha, que lhe foi imposta, sem, no entanto, deixar de manifestar o peso da situação vivenciada, do seguinte modo:

“Eu acho que senti tudo de pior na minha vida.

De ter uma coisa que não foi da minha escolha. Acho que o sentimento maior foi esse.

A gravidez, você escolhe, o momento de ser mãe, e não dessa maneira”.

Ao serem questionadas sobre a primeira **atitude frente ao diagnóstico de gestação**, muitas mulheres referiram crise de choro, depressão, reclusão e abandono das atividades cotidianas. Para uma entrevistada, esses efeitos se mostraram acentuados, de maneira a se refletirem na relutância em manter os cuidados habituais com a filha, de cinco anos. Ainda que enfrentando esses obstáculos, dez mulheres (50%) se dirigiram à polícia, ao tomarem conhecimento da gravidez, enquanto oito mulheres (40%) procuraram um serviço de saúde. Uma mulher (5%) se refugiou na igreja, em busca de uma solução:

“Eu fui na Igreja.

Eu não podia ter aquele filho daquele jeito.

Porque era parte de mim, mas era fruto de uma violência”.

Para outra entrevistada, os efeitos da depressão, decorrente do conhecimento da violência, associados ao sentimento de falta de perspectivas, alcançaram níveis paralisantes:

“Me tranquei em casa, não falava com mais ninguém. Acho que fiquei quase dois meses na cama...”

Os dados sobre o **relato do ocorrido** para outras pessoas corroboraram o constrangimento de as mulheres de se referirem à violência sexual e à gravidez dela resultante, na medida em que quatro entrevistadas (20%) não relataram o que lhes ocorreu para outras pessoas:

“Eu não conseguia falar com ninguém.

Continuei me sentindo um nada, foi aí que eu quis mesmo sumir.

Eu só queria sumir”.

Outras dezesseis entrevistadas (80%) compartilharam sua situação com alguma pessoa. Dessas mulheres, nove declararam ter revelado para a mãe; sete para o pai; seis para amigos ou amigas; cinco para a irmã. Namorado, tio ou colega de trabalho foram pessoas escolhidas pela mulher para compartilhar o ocorrido, em um caso cada. Entre as entrevistadas que revelaram sua história, o **sentimento** de acolhimento foi referido em

onze casos (55%), enquanto a sensação de proteção foi relatada por metade das mulheres. Esses dados permitem estabelecer a hipótese de impacto positivo para parte das mulheres que consegue compartilhar sua vivência com pessoas de sua confiança. Algumas entrevistadas se remeteram ao alívio sentido, como se segue:

“Eu me senti mais aliviada, muito melhor. Como se tivesse tirado um peso”.

Chamou a atenção uma mulher que se referiu, com veemência, em toda a entrevista, ao apoio recebido pelo marido. Receosa de contar o que havia ocorrido, em um primeiro momento, declarou a importância da posição solidária do esposo e o quanto isso propiciou o sentimento de segurança:

“Eu me senti aliviada, apoiada, mas me senti mal por não ter contado antes.

Me senti bem por poder perceber o marido que eu tinha”.

Entretanto, outras entrevistadas relataram aspectos negativos ao compartilhar sua situação, inclusive aquelas que se declararam acolhidas e protegidas. Sete mulheres (35%) se sentiram culpabilizadas e desmoralizadas; seis (30%) referiram sentimento de castigo ou crítica; quatro mulheres (20%) se sentiram abandonadas. Algumas mulheres enfatizaram o quanto se sentiram desacreditadas ou vítimas de preconceito, como expressam nos seguintes trechos:

“Envergonhada... eu me senti um lixo perto das pessoas. Têm coisas que não têm palavras que confortem a gente”.

Na questão que aborda a oferta de **informação sobre a possibilidade de recorrer ao abortamento previsto em Lei**, em nove casos (45%) a entrevistada tomou conhecimento do direito ao abortamento por esclarecimentos prestados pela Delegacia de Polícia. Esse dado merece destaque, na medida em que das dez mulheres que procuraram a Polícia como primeira atitude, após saber da gravidez, nove (90%) receberam a informação sobre a possibilidade de acesso ao abortamento previsto por Lei. Cinco mulheres (25%) foram informadas em serviços de saúde, proporção menor que a observada em Delegacias de Polícia, com cinco casos (62,5%) entre oito mulheres atendidas. Em quatro casos (20%) a notícia foi veiculada por amigos ou parentes e em três casos (15%) as entrevistadas foram orientadas pelo Instituto Médico Legal. Cabe considerar que a fonte de informação sobre a possibilidade de realizar o abortamento previsto em Lei nem sempre correspondeu a quem formalizou efetivamente o **encaminhamento** para o hospital. Nesse caso, as Delegacias de Polícia foram os principais órgãos de encaminhamento, com catorze casos (70%). Os serviços públicos de saúde foram responsáveis por três encaminhamentos (20%) e um caso (5%) foi referenciado por serviço privado de saúde. Duas entrevistadas (10%) se dirigiram espontaneamente para o hospital. A participação

expressiva das Delegacias de Polícia no encaminhamento aponta a importância decisiva do trabalho articulado e em rede na assistência integral dessas mulheres, muitas vezes, com escassa ou nenhuma orientação sobre o direito ao abortamento previsto em Lei e, principalmente, em que local e como conseguiu-lo.

Da mesma forma, indagou-se se as entrevistadas consideraram ter recebido informação suficiente e clara sobre as distintas **alternativas, diante da gravidez decorrente da violência sexual**, incluindo-se possibilidade e direito de manter a gestação até o término e, nesse caso, proceder com a doação da criança para processo regular de adoção, ou incluí-la no núcleo familiar. Nesse aspecto, dezenove entrevistadas (95%) declararam que lhes foi fornecida essa informação antes de concretizar a interrupção da gravidez. Apenas uma mulher (5%) referiu não se lembrar se recebeu ou não esse esclarecimento, embora se encontre anexado ao seu prontuário hospitalar o termo de solicitação e autorização da interrupção da gravidez, assinado por ela, no qual consta esse dado. Não foram registrados casos de desconhecimento da informação por qualquer entrevistada.

Após conclusão deste bloco temático, as entrevistadas foram convidadas a declarar se consideraram ter ou não encontrado dificuldade de **acesso à informação e orientação** sobre o direito de escolha pelo abortamento previsto em Lei. A maioria, dezenove mulheres (95%), referiu não ter enfrentado obstáculos para receber informação. Esse resultado pode ser considerado bastante positivo e, certamente, decorre de um conjunto de fatores favoráveis. Entre eles, cabe destacar que São Paulo concentra o maior número de serviços especializados, que oferecem o abortamento previsto em Lei, parte deles em funcionamento há mais de uma década. Além disso, a participação expressiva das Delegacias de Polícia e dos serviços de saúde reflete os esforços de capacitação dos profissionais envolvidos e o aprimoramento das ações em rede.

Contudo, é preciso admitir que a situação encontrada pelas mulheres incluídas neste estudo reflete, possivelmente, apenas uma restrita realidade local. A maioria das mulheres ainda encontra grandes dificuldades ou impedimentos para receber orientação sobre seus direitos, nessas circunstâncias. Essa situação é expressa por uma das entrevistadas, quando declara:

“Ninguém dizia nada, nem sabia o que eu tinha que fazer. Porque, se eu soubesse, tinha vindo direto para cá (hospital), no dia que aconteceu”.

BLOCO IV - DADOS SOBRE O ABORTAMENTO

O processo de **decisão pelo abortamento** foi vivenciado de maneira isolada por nove entrevistadas (45%), que preferiram não compartilhar sua decisão com outra pessoa. As demais, 11 entrevistadas (65%), procuraram por pessoas de sua confiança, em busca de aconselhamento. Considerando-se que as entrevistadas poderiam buscar apoio de uma ou mais pessoas, os pais foram os mais procurados, em seis casos. Seguiu-se a escolha

da irmã, em três casos. Amiga ou orientador religioso corresponderam a dois casos cada. Somente uma entrevistada procurou por apoio de profissional de saúde, médico da família.

A seguir, as mulheres foram indagadas acerca do **motivo da decisão pelo abortamento**. A pergunta foi efetuada de forma aberta, de maneira a permitir que cada uma se manifestasse livremente. Parte das falas das mulheres apresentou, em comum, o sentimento de intenso repúdio pela gestação forçada, predominando, para elas, a questão da impossibilidade de escolha e da violação de seu direito de decidir livremente sobre a maternidade. Segundo estas mulheres, a decisão por elas tomada foi considerada como a melhor opção que com a qual contavam naquela ocasião. Isso foi percebido, principalmente, nas seguintes falas:

“Porque eu não ia estar carregando uma coisa que eu não quis. Foi um ato de violência. Por quê eu ia estar gerando esse ser?”.

“Fiz o aborto, por ser fruto de uma violência. Meu marido falou que não ia, não ia conseguir aceitar. E porque é muito triste, a violência que eu senti”.

A maior parte destas entrevistadas também enfatizou ter realizado o abortamento pelo fato de a gravidez ser decorrente de violência sexual. Elas referiram acreditar que não optariam pelo abortamento, caso a gestação tivesse ocorrido de outro modo:

“Pela forma como ocorreu. Porque, se fosse de um namoradinho, eu não ia optar pelo aborto. Dava pra cuidar. Mas como foi uma coisa que eu não planejei... que eu não escolhi”.

Percebe-se ainda que o repúdio pela gestação decorrente de violência e sua distinção de outras situações de gravidez foi fundamentado, em várias entrevistas, pela forte associação estabelecida, por algumas mulheres, com a questão da violência sexual. Para estas entrevistadas, torna-se impossível separar emocionalmente a questão da violência sexual da gravidez, tratando-os como eventos isolados. Assim, a gravidez é representada como continuidade ou parte interminável da agressão sofrida:

“Porque estava crescendo uma coisa ruim dentro de mim, que não foi planejada”.

“Porque eu não ia conseguir ver aquela criança como uma coisa boa. Sempre ia lembrar do que aconteceu...”.

“Porque eu não podia carregar um filho de uma violência”.

Por outro lado, várias mulheres manifestaram que, no processo de tomada de decisão, consideraram as inquietações a serem enfrentadas no que se refere à aceitação da gravidez, tanto no âmbito familiar como no social. Outras expressaram preocupação com o futuro da criança, questionando os efeitos das circunstâncias em que foi gerada, para seus relacionamentos pessoais ou sociais. Para essas mulheres, a decisão pelo abortamento parece ter sofrido maior influência de certa racionalidade sobre a situação que vivenciavam e suas consequências, do que a estabelecida pelo nexo entre violência sexual e gravidez:

“Você tem que pensar no futuro. Só no momento não dá para pensar. Como é que vai ser meu relacionamento com essa criança? Da forma como foi, como as coisas aconteceram, não dava...”.

“Eu ia ter um filho de um desconhecido. Um dia, ele ia perguntar para mim quem era seu pai... Se eu tivesse tido esse filho, eu ia perpetuar aquela lembrança para sempre”.

“Porque eu achei que ninguém ia aceitar”.

Em alguns casos, a decisão pelo abortamento estava fundamentada no reconhecimento da própria mulher relativo à ausência de sentimentos relacionados ao processo da maternidade. A falta de sentimentos positivos, capazes de determinar vínculos, foi citada como elemento importante, para subtrair a perspectiva de manutenção da gestação até o término. Nesse caso, a relevância do amor foi referida pelas mulheres, em várias oportunidades:

“Eu não amava aquela criança. Porque, para mim, ela era um peso nas minhas costas”.

“Porque acho que uma criança tem que vir ao mundo com amor”.

“Porque achei que não ia ter condições de ter um filho que não foi feito com amor”.

Interessante notar que, para algumas dessas mulheres, não se observou um elo entre a violência sexual e a gravidez. Nestes casos, a questão da ausência de sentimento de amor não apareceu de forma isolada, como preocupação da mulher quanto a si mesma. Ao contrário, o questionamento se manifestou em relação ao feto ou à futura criança, expressando consideração e respeito pelo seu futuro:

“Eu fiquei com medo de levar essa gravidez pra frente. Eu fiquei com muito medo de rejeitar a criança. Será que ia amar, como eu amo minha família?”.

Um caso em especial chamou atenção, pela particularidade de suas circunstâncias. Grávida de um ex-parceiro íntimo, com quem conviveu por alguns anos, a entrevistada o descreveu como extremamente violento, com diversas passagens pela polícia e sistema penitenciário. Em seu último período de liberdade, concedido por indulto, ele invadiu sua casa e a estuprou, com grande violência física, após mais de dois anos de separação. Receosa de suas reações se soubesse da gestação, temendo por sua vida, e preocupada em proteger a filha de quatro anos, ela declarou:

“O aborto foi a minha única saída. Pelo pai ser violento e por eu não ter condições financeiras, nem psicológicas, e nem de saúde. Tirando um para salvar a outra”.

Outra experiência impactante foi relatada por uma entrevistada sobre as dificuldades encontradas na decisão pelo abortamento. Esta mulher revelou que, antes da condição de gravidez decorrente do estupro, se posicionava decididamente contra o abortamento em qualquer circunstância, inclusive nos casos de gravidez decorrente de violência sexual. Esta posição, segundo ela, se pautava sobretudo em seus preceitos religiosos. Ao vivenciar a condição de gravidez decorrente da violência sexual, praticada por um desconhecido, quando retornava do trabalho, deparou-se com o desejo de interromper a gestação. Ao buscar orientação de sua liderança religiosa para discutir a situação, refere que se confrontou com forte condenação à sua escolha. Contrariando a posição de sua religião e suas antigas convicções, decidiu pelo abortamento, de forma solitária e sem receber qualquer apoio, justificando sua decisão da seguinte forma:

*“Como eu ia ter um filho de uma pessoa que eu nem conhecia?
la ficar nove meses com aquela coisa?
Não era fruto de Deus, e não ia fazer bem para mim”.*

O **tempo decorrido entre o abortamento** e a entrevista variou de um a quatro anos, com média de 20,1 meses. Em 13 casos (65%), o abortamento se deu entre 12 e 23 meses; em cinco casos (25%) entre 24 e 35 meses; em dois casos (10%) entre 36 e 48 meses. A **idade das entrevistadas ao realizar o abortamento** variou entre 16 e 43 anos, com média de 26,5 anos. Embora a violência sexual possa ocorrer em qualquer idade da mulher, a maioria dos registros aponta o predomínio desses crimes contra adolescentes e mulheres adultas jovens (Peipert & Domagalski, 1994). Segundo Rickert & Wiemann (1998), a adolescente apresenta risco quatro vezes maior de sofrer violência sexual, comparativamente aos demais grupos etários. Quanto ao perfil etário das entrevistadas, os dados encontrados alinham-se à maioria das investigações.

O indicador da **idade gestacional no momento do abortamento**, extraído dos registros dos prontuários hospitalares das entrevistadas, em semanas completas, variou entre 5 e 20 semanas, com média de 11,6 semanas. Estes números indicam a realização do abortamento com até 12 semanas de idade gestacional, em nove casos (45%), contra onze casos (55%) entre 13 e 20 semanas. Neste sentido, a idade gestacional foi fator decisivo para a escolha do **método de interrupção da gravidez**. Em consequência, os nove casos (45%) com idade gestacional de até 12 semanas foram submetidos à técnica de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU). Em oito casos (40%), foi efetuado abortamento medicamentoso, com uso de misoprostol. A microcesareana foi técnica empregada para três entrevistadas (15%), todas com idade gestacional entre 16 e 20 semanas e em situação refratária ao abortamento medicamentoso. Não foram registradas em prontuário hospitalar ou nos relatos das 20 entrevistadas, **complicações** de qualquer natureza, decorrentes do abortamento, independente da técnica utilizada para o procedimento.

A respeito desta questão, os dados encontrados merecem atenção. Embora a maior parte das mulheres afirmem não ter enfrentado dificuldades para obter informação sobre o direito de escolha pelo abortamento previsto em Lei, mais da metade ingressou no segundo trimestre de gestação, exigindo técnicas de interrupção da gravidez mais complexas e menos disponíveis, inclusive em serviços que possuem essa modalidade de atendimento. Essa constatação sugere que, além do aspecto referente ao acesso à informação, outros fatores constituem impeditivos para a chegada precoce destas mulheres aos serviços de saúde. Os relatos permitem avariar que o impacto emocional da violência sexual e o processo de decisão pelo abortamento possam consistir em fatores importantes para estabelecer o tempo necessário, desde a percepção da gravidez até a busca por assistência no setor de saúde.

Os resultados encontrados quanto ao **acompanhamento médico e psicológico**, após o abortamento, indicaram que treze entrevistadas (65%) mantiveram atendimento nessas áreas, no período de tempo recomendado pelos profissionais de saúde. Os motivos alegados por sete mulheres (35%), para não completarem o acompanhamento médico, incluíram o desejo de continuidade da assistência no setor privado, precária situação econômica, mudança temporária de cidade, pressão para não se ausentarem do trabalho e dificuldade de recorrerem, sozinhas, ao hospital. A negativa pela continuidade do atendimento psicológico foi

justificada pelos mesmos motivos, com acréscimo do sentimento de temor, face à possibilidade de o profissional de saúde conduzi-las à rememoração da violência sexual, além da condição de paralisia emocional, provocada por depressão.

Essas dificuldades apresentadas, para possibilitar o acompanhamento, aparentemente não se relacionaram ao nível de satisfação das mulheres, relativamente à qualidade de atenção ao abortamento. Neste aspecto, a **opinião da entrevistada sobre o atendimento recebido** se mostrou positiva ou favorável, na maioria dos casos. De fato, a classificação das mulheres como “excelente” ou “bom” foi reportada para 90% dos atendimentos efetuados pelo setor de psicologia, para 100% dos atendimentos em ginecologia, e para 95% da atenção prestada pelo serviço social (Quadro I).

Quadro I – Avaliação das mulheres entrevistadas sobre o atendimento recebido em diferentes setores do Centro de Referência da Saúde da Mulher

SETOR	EXCELENTE		BOM		REGULAR		RUIM		MUITO RUIM		SEM OPINIÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GINECOLOGIA	15	75	5	25	-	-	-	-	-	-	-	-
SERVIÇO SOCIAL	14	70	5	25	-	-	1	5	-	-	-	-
PSICOLOGIA	13	65	5	25	-	-	1	5	1	5	-	-
ENFERMAGEM	14	70	4	20	1	5	-	-	1	5	-	-
SERVIÇO SOCIAL	10	50	6	30	-	-	1	5	-	-	3	15
SEGURANÇA	7	35	9	45	-	-	-	-	-	-	4	20
AMBULATÓRIO	11	55	7	35	1	5	-	-	-	-	1	5
ENFERMARIA	12	60	7	35	-	-	-	-	-	-	1	5
LABORATÓRIO	10	50	7	35	1	5	-	-	-	-	2	10
ULTRA-SOM	12	60	4	20	1	5	-	-	3	15	-	-
C. CIRÚRGICO	13	65	6	30	-	-	-	-	-	-	1	5
S. ANESTESIA	9	45	8	40	-	-	-	-	-	-	3	15

BLOCO V – COMPORTAMENTOS E OPINIÕES DAS ENTREVISTADAS

Os **sentimentos após o abortamento**, manifestados pelas entrevistadas, foram obtidos a partir de pergunta aberta, o que permitiu que as mulheres se manifestassem livremente. Em comum, a maioria declarou ter experimentado considerável sensação de alívio, imediatamente após a realização do procedimento. Muitas mulheres dimensionaram a gravidez decorrente de violência sexual como um “peso” em suas vidas. Esta observação está presente em diversos relatos, a exemplo dos que se seguem:

“Aliviada, resolvido o problema, solucionado...”

como todas as mulheres que estavam no quarto diziam”.

“Eu me senti bem, como se tivesse tirado aquele peso dos meus ombros”.

“Eu me senti livre. Livre de um mal que ia me assombrar pelo resto da vida.

Que ainda me assombra, mas ia ser pior ainda”.

“É uma coisa meio estranha. Eu me senti aliviada, meio sem explicação”.

Contra-pondo-se ao sentimento de alívio, três mulheres (15%) manifestaram, após o abortamento, relativo sentimento de culpa, geralmente associado ao quadro depressivo. Algumas mulheres foram explícitas em suas falas, a exemplo:

“Eu me senti péssima, em depressão. Por mais que você saiba, você tem um sentimento materno, de culpa. Mesmo fazendo a coisa certa. Pelo lado espírita, eu pensava: será que estou interrompendo a vida de alguém? Teve um certo alívio depois, mas no começo foi muito difícil”.

“Senti culpa por ter tido essa opção que eu tomei. Acho que isso não vai acabar nunca na minha vida”.

“Eu tive depressão depois. Depressão muito profunda. Eu fiquei dois meses sem saber quem eu era”.

A sensação de culpa não se traduziu em **arrependimento** em qualquer caso incluído no estudo. No entanto, a presença de culpa reforça aspectos encontrados em algumas entrevistas que, de certa forma, desvinculam a gravidez da violência sexual. Com uma percepção da gravidez de forma mais objetiva e menos obscurecida por outros sentimentos, essas mulheres aparentemente apresentam os mais intensos dilemas pessoais e éticos, no processo de decisão pelo abortamento. Além disso, essas questões permanecem após o abortamento, o que é expresso tanto pela ausência do sentimento de alívio quanto pelos efeitos depressivos presentes. Dessa forma, é necessário admitir a importância de medidas contínuas de apoio e acolhimento para essas mulheres,

administrados tanto pela esfera profissional como familiar e social. A fala de uma das entrevistadas demonstra essa situação:

“Eu só pensava no que estava acontecendo comigo. Me senti muito sozinha... nunca pensei que fosse passar por uma coisa dessas”.

Importante notar, entretanto, que nenhum caso foi diagnosticado como a chamada “Síndrome Pós-Aborto”, inclusive entre aqueles que apresentaram quadros mais severos de depressão. Apenas três mulheres (15%) associaram livremente o abortamento realizado com o que nomearam de “interrupção da vida”. Algumas expressaram suas convicções e entendimento sobre esse aspecto, chegando a tratar de forma diferenciada o produto da gravidez:

“Me senti aliviada, porém com dó, eu acho, do feto que tinha morrido. Se bem que não era um feto, era um embrião”.

“Eu me senti muito mal porque eu estava tirando uma vida. Mas eu ia ficar lembrando...”.

“Na hora que saiu o feto, eu senti que estava tirando uma vida. Ao mesmo tempo que eu não queria. Mas a única coisa que eu podia fazer era isso”.

O significado destas falas deve ser compreendido. A percepção do ato escolhido e praticado, assim como o sentimento de consideração pelo feto, manifestado pelas mulheres em diversos momentos, revela que o abortamento não consiste em decisão fácil, mesmo nessas circunstâncias de violência sexual. Expressa, sobretudo, que ao abortamento não é atribuído, por essas mulheres, qualquer significado de satisfação, ou que, para elas, seja um ato permeado de indiferença ou descaso com o produto da concepção. As mulheres que optam pelo abortamento não o fazem por egoísmo, mas pelas dramáticas circunstâncias que vivenciaram. O enfrentamento solitário desse processo é ainda uma realidade e questão para parte das mulheres, que não encontra condições favoráveis para **relatar o abortamento realizado**. É razoável admitir que, para elas, se apresente maior peso da intolerância e da reprovação de parte da sociedade, no que tange às questões relacionadas ao abortamento. De fato, esta situação foi encontrada em três casos (15%), nos quais a realização do abortamento não foi, até hoje, compartilhada com outras pessoas.

A maioria das mulheres, no entanto, considera relevante o ato de partilhar sua experiência com pessoas de sua confiabilidade, o que ocorreu em dezessete casos (85%). Em metade dos casos, um membro da família foi o escolhido. Em menor número, as mulheres revelaram os fatos para o parceiro íntimo, para um amigo ou uma amiga, colega de trabalho, médico da família ou superior hierárquico no trabalho. Nenhuma entrevistada revelou a questão do abortamento para membros de sua religião, supostamente pelo temor de provável reprovação. Sob a perspectiva psicológica, compartilhar sofrimentos, angústias, temores e dúvidas acarreta, para a maioria dessas mulheres, importante efeito, que contribui à redução dos danos psíquicos decorrentes do referido processo.

Um dos aspectos mais importantes deste estudo é buscar conhecer a **opinião da entrevistada sobre suas relações pessoais após o abortamento**, para determinar se as mesmas se modificaram após o procedimento e de que forma isso ocorreu. O quadro II resume a posição apresentada pelas entrevistadas:

Quadro II – Opinião da entrevistada sobre seus relacionamentos pessoais após o abortamento.

SETOR	NÃO ALTEROU		MELHOROU		PIOROU		NÃO SABE		NÃO SE APLICA		NÃO RESPONDEU	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FAMÍLIA	12	60	6	30	2	10	-	-	-	-	-	-
PARCEIRO	4	20	4	20	2	10	-	-	10	50	-	-
TRABALHO	8	40	1	5	4	20	-	-	7	35	-	-
SEXUALIDADE	6	30	1	5	12	60	-	-	1	5	-	-
AMIZADES	14	70	1	5	5	25	-	-	-	-	-	-
ESCOLA	2	10	-	-	6	30	-	-	12	60	-	-
RELIGIÃO	9	45	5	25	4	30	-	-	2	10	-	-

As duas mulheres (10%), que referiram piora em seu relacionamento com a família, atribuíram o fato à relação com a mãe. No caso de uma delas, isto ocorreu pela recusa da mãe em abordar o assunto e compartilhar o ocorrido, percebido pela entrevistada como afastamento ou distanciamento entre elas. A outra, pelo fato de a mãe, em diversos momentos, verbalizar sua crença em que a entrevistada “provocou” o estupro, de modo a gerar forte sentimento de mágoa e ressentimento. A piora nas relações de trabalho, declarada por quatro entrevistadas (20%), se deu por queda do rendimento profissional. Para uma, o problema foi asseverado pela característica de seu trabalho, que envolve cuidados com crianças. Situação semelhante ocorreu para as entrevistadas em relação ao desempenho escolar: 30% das mulheres referiram dificuldade de concentração e de memorização. No entanto, o maior impacto foi observado na esfera da sexualidade. Neste campo, doze entrevistadas (60%) observaram piora, principalmente quanto ao desejo sexual. Um caso chamou a atenção: a entrevistada, de orientação homossexual, declarou que desde a violência sexual, há quase dois anos, não mais

permitiu ser tocada por sua parceira. Manifestando certa vergonha e constrangimento em abordar o tema e, possivelmente, por sua identidade e opção sexual, ela refere que:

“Eu me fechei, me isolei.

Nunca mais consegui deixar minha parceira tocar meu corpo...”

Considerando-se as diferentes alternativas de avaliação, incluídas nessa pergunta, são evidenciados dois fatos. O primeiro demonstra que a dramática situação da violência sexual e do abortamento previsto em Lei não atinge somente a mulher, mas envolve seus relacionamentos e, de forma mais intensa, as interações com a família. Neste aspecto, os dados sugerem que a gravidade da situação catalisa distintas relações familiares ou de sociabilidade, de modo a unir seus membros em um ambiente de proteção. A solidariedade e o acolhimento, nestes casos, conduzem, muitas vezes, à alteração do relacionamento familiar, reportada pelas entrevistadas como positiva. A segunda constatação, que se alinha a diversas evidências científicas, consiste no impacto avassalador da violência sexual sobre a sexualidade das mulheres. Neste estudo, a observação de piora e dificuldade no exercício da sexualidade surgiu de maneira expressivamente maior do que o encontrado em outras esferas de relacionamento.

No entanto, a maioria das entrevistadas declarou não considerar que ocorreram modificações marcantes em seus relacionamentos, após o abortamento. Para restrita parcela das entrevistadas, a vivência propiciou melhora em certos setores, principalmente nas relações familiares, com o parceiro ou com sua inserção religiosa. Independente do tipo de efeito observado a respeito das áreas de relacionamento, não foi possível estabelecer se as modificações encontradas foram conseqüentes à violência sexual ou ao abortamento. Exceção pode ser referida em dois casos (10%), nos quais as entrevistadas relataram mudança de religião, especificamente pela questão do abortamento.

Entre os **pensamentos recorrentes** após a realização do abortamento, quinze mulheres (75%) declararam sua ocorrência articulada à experiência de violência sexual, e sete mulheres (35%) referiram a preocupação em reencontrar o agressor. Outras treze entrevistadas (65%) apresentaram pensamentos recorrentes sobre o abortamento. Quanto ao suicídio, quatro mulheres (20%) relataram pensamentos recorrentes ou ideações, embora nenhuma tenha, efetivamente, tentado sua prática.

Questionadas acerca de uma ou mais **mudanças de comportamento**, seis entrevistadas (30%) declararam que não apresentaram quaisquer mudanças. Seis mulheres referiram modificação nos hábitos alimentares, relativa à diminuição ou aumento do apetite, principalmente. Outras sete entrevistadas relataram alterações no sono, destacando-se: pesadelos, insônia, redução do número de horas ou sono mais agitado. Oito mulheres

declararam outros distúrbios, como queda de cabelo, alterações vaginais, nervosismo, labilidade emocional, revolta, frieza e indiferença social.

Uma questão crítica foi proposta às mulheres, envolvendo a hipótese de **arrependimento** pelo abortamento procedido. Todas as 20 entrevistadas declararam não se sentirem arrependidas pela interrupção da gravidez. A ausência de arrependimento, de certa forma, sugere que o abortamento previsto em Lei foi a solução mais adequada encontrada por essas mulheres, entre as alternativas possíveis, na ocasião. Ao mesmo tempo, foram indagadas se repetiriam o abortamento, se pudessem retornar ao momento de sua decisão. Embora afirmassem não estar arrependidas, três mulheres (15%) referiram que não repetiriam o abortamento. Uma dessas entrevistadas (5%) justificou sua posição a partir do sofrimento vivenciado pelo longo período de internação, nove dias, necessário para o abortamento medicamentoso:

“Não repetiria. Pelo fato do sofrimento que eu passei no hospital. Meu corpo estava pedindo ‘arrego’. Mas não que eu esteja arrependida”.

Duas mulheres (10%) afirmaram que não repetiriam o abortamento, pensando na perda do feto, embora não se declarassem arrependidas do abortamento praticado. Para uma delas, prevalece, ainda, a percepção de castigo e a posição contraditória, frente à sua própria decisão:

“Embora não seja crime, entendo que ninguém tem direito de tirar uma vida. Entendo as coisas que estou passando como castigo de Deus”.

Estimuladas a expressar livremente os **pontos favoráveis do atendimento**, muitas usuárias teceram elogios aos profissionais de saúde que as assistiram. De modo geral, todas se sentiram bem atendidas e apoiadas pelos profissionais envolvidos na atenção recebida. A questão do acolhimento, aspecto de grande preocupação na dinâmica do atendimento, foi referida de maneira espontânea em alguns relatos:

“O ponto positivo é a primeira vez que você chega, e é atendida pela assistente social. Nesse primeiro contato, você se sente acolhida pelo hospital”.

“Foi muito bom. Eu fiquei muito feliz, porque as pessoas confiaram em mim e me apoiaram”.

“O acolher, o entender, eu acho que a compreensão”.

Uma das entrevistadas destacou o quanto foi importante ter encontrado um ambiente apropriado para tomar sua decisão final sobre o abortamento. Destacou, ainda, a liberdade que sentiu para fazê-lo, sem enfrentar julgamentos ou atitudes que a impelisses a optar por algo que não desejasse ou que não se sentisse realmente preparada:

“Foi o atendimento, como eu fui acolhida. As pessoas me passaram tranquilidade para eu escolher o que queria. Eu me senti amparada aqui. As pessoas me compreendiam, não me julgavam”.

Poucas entrevistadas declararam ter observado ou enfrentado o que consideraram **pontos desfavoráveis do atendimento**. Surgiram críticas acerca do Serviço de Enfermagem, por ocasião da internação. Como exemplo, uma entrevistada soropositiva para o HIV declarou que se sentiu severamente discriminada por uma auxiliar de enfermagem, a qual comentava com outras profissionais de sua área sobre sua condição sorológica. Outra mulher se disse perplexa com a atitude de uma auxiliar de enfermagem:

“Desde o início, na internação, eu não me sentia muito bem. Quando o feto saiu, a enfermeira falou: ‘- Agora fica aí chorando, depois que matou’ ”.

Algumas entrevistadas expressaram opiniões em torno do modo como se processam a avaliação e aprovação do abortamento previsto em Lei, percebido como demorado e burocrático. Referiram-se às avaliações do serviço social, da ginecologia e da psicologia, aos exames laboratoriais e aos retornos, para receber resposta sobre seu pedido e para assinatura de documentos. Embora indispensáveis pelo ordenamento jurídico, pelas normas do Ministério da Saúde e pela necessidade de cuidados o exame de cada caso, o tempo necessário para esses procedimentos legais, quase sempre menor que uma semana, lhes pareceu interminável:

“A demora. Muitas vezes voltava e era só para pegar um papel”.

De certa forma, essa situação reflete o escasso conhecimento das mulheres e da população em geral sobre os procedimentos necessários para efetuar o abortamento previsto em Lei. O atendimento nas distintas áreas do setor saúde, como a ginecologia, psicologia e serviço social, são medidas indispensáveis para conhecer o contexto de cada caso e propor a melhor forma de atenção. Ao mesmo tempo, o cumprimento das exigências estabelecidas pela Lei é fundamental para garantir a licitude do abortamento. Em todos os casos não houve

exigência de procedimentos desnecessários, a exemplo da obtenção de alvará judicial, passível de postergar o abortamento. Ainda assim, muitas mulheres sentiram e entenderam este tempo como demasiadamente longo. Em parte, isso se explica pela angústia em manter a gestação por mais tempo, período intolerável para muitas mulheres. Soma-se a este dado, o fato de que muitas mulheres chegam à instituição com a fantasia de que o abortamento será efetuado imediatamente, como ocorre em internação para cirurgias de urgência ou procedimentos equivalentes.

Outras mulheres apontaram como ponto desfavorável do atendimento, a grande ansiedade gerada, frente ao desconhecimento e à incerteza, relativamente à aprovação ou não do abortamento, e/ou quando ocorreria o procedimento. Nesse aspecto, as entrevistadas, com mais de 13 semanas de idade gestacional, foram as que mais sentiram, no sentido negativo, a falta de definição em torno do tempo de espera pela conclusão do abortamento medicamentoso. Uma vez iniciada a administração do misoprostol, é impossível estabelecer o tempo de duração da indução do abortamento.

Uma entrevistada fez severa crítica ao serviço de ultra-sonografia. Além do tempo, considerado elevado, de espera pelo exame, ela referiu que o profissional amplificou os batimentos cardíacos do feto, para que ela escutasse, sem perguntar se ela o desejava, causando constrangimento e sofrimento emocional:

“Acho que as mulheres, que passam por isso, não deveriam ser obrigadas a escutar o coração do feto”.

Outra entrevistada considerou a ocorrência de grave falha no momento de sua alta médica hospitalar, pois o resumo de internação, no qual consta o motivo da estada no hospital, foi entregue à pessoa que veio buscá-la, que não possuía conhecimento do episódio de violência sexual, nem do abortamento legal realizado.

BLOCO VI – PERSPECTIVAS SOBRE O ABORTAMENTO MEDICAMENTOSO

Este bloco temático foi aplicado exclusivamente para oito mulheres (40%), que optaram pelo abortamento entre 13 e 20 semanas de idade gestacional, por meio do recurso medicamentoso, com misoprostol. Sobre o **tempo necessário para o abortamento** (dado extraído do prontuário hospitalar), considerou-se o tempo de indução, o intervalo entre a administração da primeira dose do misoprostol e a eliminação fetal. Neste estudo, o tempo de indução variou de um a 14 dias, com média de 4,8 dias.

A **opinião sobre eventos do abortamento medicamentoso** considerou alguns indicadores objetivos, sob a perspectiva da entrevistada. Para cada item avaliado foi indagado à entrevistada se o evento era considerado:

indiferente; aceitável; muito incômodo; inaceitável ou sem opinião. O **sangramento vaginal** provocado pelo abortamento medicamentoso foi considerado indiferente ou aceitável para a maioria das entrevistadas (seis casos). As demais mulheres referiram não ter opinião. O **fenômeno doloroso** provocado pelo procedimento foi tido como aceitável para três mulheres, muito incômodo para quatro e inaceitável para apenas uma entrevistada. O **tempo de espera** até a interrupção da gravidez foi avaliado como aceitável, para pouco mais da metade das entrevistadas (cinco casos) e muito incômodo para três mulheres. Perguntadas sobre o que julgaram mais incômodo no abortamento medicamentoso, quatro mulheres declararam ser a **dor** e outras quatro apontaram o **tempo de espera**. Na opinião da maioria das mulheres (sete casos), o abortamento foi uma experiência **aceitável**. Apenas para uma entrevistada o procedimento foi intolerável, devido ao grande número de comprimidos administrados por via vaginal.

Os resultados apresentados neste estudo permitem tecer algumas conclusões e considerações:

- O acesso às mulheres que realizaram o abortamento previsto em Lei nas situações de gravidez decorrente de violência sexual foi trabalhoso, por diferentes motivos. Entre eles, destacou-se a impossibilidade de contato, por mudança de endereço e/ou de telefone. Embora este obstáculo possa ter ocorrido por razões alheias à violência sexual sofrida ou ao abortamento procedido, é preciso ponderar a questão da deterioração do sentimento de segurança, condição frequentemente registrada nessas mulheres e condicionada ao temor de reencontro com o agressor. Esta situação convida à reflexão sobre a necessidade e importância de aprimoramento do processo de acompanhamento e avaliação dessas mulheres, particularmente em momentos mais tardios pós-abortamento.
- A maioria das mulheres identificadas, que atendiam aos critérios de inclusão no estudo, concordou em participar da investigação. Nenhuma das entrevistadas negou-se a responder qualquer pergunta formulada nos diferentes blocos temáticos ou se posicionou contrariamente ao registro e publicação de suas falas. Esses dados sugerem que a amostra, embora restrita, seja representativa e os resultados obtidos, confiáveis.
- A opção da maior parte das mulheres por responder à entrevista nas dependências do hospital em que foram atendidas ou em locais diferentes de sua residência, denota a importância atribuída pelas mulheres por manter a questão da violência sexual e do abortamento afastada de suas redes de sociabilidade. Esse dado permite pressupor a importância da adoção de espaços seguros para atendimento dessas mulheres, tanto pelos serviços de saúde como pelos demais atores da rede de assistência. Esses espaços de confidencialidade garantem a privacidade ideal e as condições de sigilo exigidas pela situação, circunstâncias fundamentais para que as mulheres busquem auxílio qualificado, nas diferentes esferas a que têm direito.
- O perfil das entrevistadas evidenciou predomínio de mulheres jovens, brancas, solteiras e com escolaridade igual ou superior ao ensino médio completo. A maioria possuía profissão e exercia alguma ocupação, formal ou informal, por ocasião do estudo. A maior parte das mulheres declarou professar alguma religião, embora essa condição não tenha sido condição de impedimento à escolha e realização do abortamento previsto em Lei.

- A violência sexual sofrida pela maioria das entrevistadas foi perpetrada por agressores únicos e desconhecidos, embora o percentual de casos referidos com agência de parceiros ou ex-parceiros íntimos tenha sido relevante. As principais formas de intimidação utilizadas pelo agressor, observando-se o estabelecido pelo Código Penal brasileiro, foram a força física e grave ameaça, ambas com frequência equivalente. Poucos casos foram referidos à presunção de violência. A abordagem do agressor ocorreu principalmente em espaços públicos, dado concordante com o perfil do agressor desconhecido, predominante neste estudo.

- A baixa percepção sobre os riscos para a saúde, impostos pela violência sexual, incluindo-se a exposição à gravidez, foi o principal motivo para que a maioria das entrevistadas não buscasse atendimento em serviços de saúde, imediatamente após a violência. Essa escassa procura por assistência também se associou à nítida impossibilidade de muitas mulheres, para revelar o ocorrido, por diferentes e justificáveis motivos. Estas situações sugerem fortemente a permanência de importantes barreiras emocionais, sociais e culturais, que dificultam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde. Em consequência, muitas mulheres em situação de violência sexual não têm a oportunidade de receber medidas de profilaxia, necessárias para doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV, hepatite B e, particularmente, prevenção da gravidez.

- Entre as poucas mulheres que, imediatamente após a violência sexual, buscaram atendimento em serviços de saúde, a maior parte declarou não ter recebido anticoncepção de emergência, ainda que em evidente situação de risco de gravidez decorrente de violência sexual. Mesmo considerando-se a limitação da amostra, este dado reflete a necessidade de capacitar, o mais amplamente possível, os serviços de saúde para o atendimento qualificado de situação de violência contra a mulher. Por outro lado, os casos de falha da anticoncepção de emergência, identificados neste estudo, tornam importante ressaltar que, a despeito da elevada eficácia do uso precoce desse método anticonceptivo, ele é insuficiente para garantir a prevenção da gravidez decorrente de violência sexual, em todos os casos.

- Medo, falta de alternativas, sensação de risco, desproteção, desmoralização, humilhação e adoecimento foram os sentimentos mais comumente experimentados pelas mulheres, ao tomarem conhecimento da condição de gravidez decorrente da violência sexual. As principais reações destas mulheres, após o diagnóstico da gravidez, variaram entre crises de choro, episódios depressivos, reclusão ou abandono das atividades cotidianas. Embora, a maior parte das mulheres tenha compartilhado a situação com pessoas de sua confiança, muitas vezes, recebendo uma resposta acolhedora e protetora, considerou-se relevante o número de casos em que a entrevistada não conseguiu contar o sucedido. Esse dado se alinha a outros indicadores, que expressam a particular dificuldade das mulheres em revelar o ocorrido. Em alguns casos essa impossibilidade se justifica. Algumas mulheres declararam que se sentiram culpabilizadas, abandonadas, desmoralizadas ou desacreditadas.

- A informação sobre a possibilidade de realizar o abortamento previsto em Lei foi feita, para a maioria das mulheres, antes de acessarem a instituição que efetuou a interrupção da gravidez. Isso ocorreu tanto para aquelas que se dirigiram a Delegacias de Polícia como para as que buscaram um serviço de saúde. A participação das Delegacias de Polícia nesse processo pôde ser considerada expressiva, apontando a importância do atendimento integral e em rede articulada de serviços. Além disso, a maioria das mulheres declarou que não encontrou impedimentos para obter essas informações. No entanto, a favorabilidade indicada nesta investigação deve ser observada com ressalvas, na medida em que foi conduzida apenas na cidade de São Paulo, uma das mais antigas, dedicadas a tratar desse tema, além de abrigar o maior número de serviços especializados nessa modalidade de atendimento. Os dados encontrados não refletem obrigatoriamente a situação da maioria das cidades brasileiras, onde as mulheres ainda enfrentam grandes dificuldades para receber informação correta e acessível acerca de seus direitos e, principalmente, de como alcançá-los.
- Parte significativa das mulheres decidiu pelo abortamento, sem buscar qualquer forma de aconselhamento, ajuda ou apoio, preferindo não participar sua decisão, inclusive com pessoas supostamente de sua confiança. Quando o fizeram, geralmente compartilharam sua situação com familiares ou amigos íntimos. Poucas mulheres buscaram auxílio de profissionais de saúde ou orientador religioso.
- Os motivos apresentados pelas mulheres para a escolha do abortamento previsto em Lei variaram, mas são passíveis de agrupamento. Dessa forma, parte das entrevistadas apresentou, em comum, o sentimento de forte repúdio pela gestação, como principal fator para decidir pela interrupção da gravidez. Para elas, não foi possível separar emocionalmente a gravidez da violência sofrida, tornando-a extensão e continuidade do abuso sexual. Outras mulheres consideraram as indisponibilidades social e familiar para a aceitação da gravidez. Algumas expressaram preocupação com o futuro da criança, ponderando os problemas que a mesma enfrentaria no processo de inserção social e familiar. Parte das entrevistadas decidiu pelo abortamento, por reconhecer e admitir ausência de sentimentos referentes à maternidade, em relação à gravidez decorrente de violência sexual. Independente do motivo que conduziu à escolha do abortamento, todas as entrevistadas expressaram forte sentido de responsabilidade, durante o processo de decisão.
- Entre as mulheres entrevistadas, a média de idade gestacional no momento da interrupção da gravidez se mostrou elevada, com mais da metade dos casos, com tempo de gestação superior a 12 semanas. Esse dado concreto, de certa forma, contrastou com a declaração da maioria das mulheres de que não encontraram barreiras ou dificuldades para receber informação e orientação sobre a possibilidade de realizar o abortamento previsto em Lei. Embora a questão da informação sobre o direito ao abortamento, nesses casos, seja fundamental, os resultados desta investigação sugerem, decisivamente, a existência de

outros fatores, que atuam como impeditivos para as mulheres de uma chegada mais precoce aos serviços de saúde, particularmente aqueles relacionados ao impacto emocional provocado pela violência sexual.

- Parte significativa das mulheres precisou ser submetida a procedimentos de interrupção da gravidez relativamente mais complexos e demorados, como consequência da idade gestacional mais elevada, no momento de ingresso ao serviço. Apesar disso, não houve registro em prontuário hospitalar e nas entrevistas de complicações relativas ao abortamento de qualquer natureza, independente da técnica empregada e do tempo decorrido. Esse dado convergiu com as afirmativas dos principais organismos nacionais e internacionais na área da saúde, que classificam o abortamento efetuado em condições humanizadas e tecnicamente apropriadas, como procedimento de elevada segurança, distinguindo-o do abortamento praticado em condições clandestinas e inseguras.
- O acompanhamento multiprofissional, após o abortamento previsto em Lei, se mostrou comprometido para parte menor das entrevistadas. Os motivos alegados pelas mulheres foram diversos, desde precariedade econômica até paralisia emocional, provocada pela violência sexual. Essa condição aparentemente não se associou ao nível de satisfação da usuária, acerca da qualidade de atenção recebida no serviço público de saúde para a realização do abortamento.
- O sentimento imediato de alívio predominou para a maioria das mulheres, após a realização do abortamento previsto em Lei. Nenhuma das entrevistadas declarou arrependimento por interromper a gestação e a maioria afirmou que efetuaría novamente o abortamento, caso se encontrassem mais uma vez frente à mesma tomada de decisão.
- A maioria das entrevistadas declarou que seus relacionamentos pessoais com a família, parceiro, trabalho, amigos e religião não sofreu mudanças significativas após o abortamento ou, em menor número de casos, apresentou alguma melhora. Entre as que estudavam, na época, a maior parte referiu ter experimentado perda relevante do desempenho escolar, principalmente no período imediato após o abortamento. O impacto negativo mais marcante foi constatado na esfera da sexualidade das mulheres, onde a maioria declarou ter enfrentado distintos problemas. No entanto, na maior parte dos casos não foi possível estabelecer se as mudanças apontadas foram decorrentes da realização do abortamento ou da violência sexual sofrida, considerando-se a limitação metodológica dos instrumentos empregados no estudo.
- Pensamentos recorrentes sobre a violência sexual e a possibilidade de reencontrar o agressor, bem como sobre o abortamento, foram frequentes entre as entrevistadas. Muitas mulheres experimentaram mudanças de comportamento, em relação a hábitos alimentares e sono. Queda de cabelo, alterações vaginais, labilidade emocional, nervosismo, revolta, frieza e indiferença social foram outros transtornos relatados pelas mulheres. Expressiva parte das entrevistadas declarou pensamentos recorrentes ou ideias suicidas, embora nenhuma tenha afirmado que efetivamente tentou sua prática.

- Entre os pontos favoráveis do atendimento ao abortamento previsto em Lei, declarados pelas mulheres, destacou-se a importância do acolhimento. Essa constatação vem ao encontro de outros indicadores, que reforçam a necessidade de adoção de medidas capazes de qualificar a assistência a mulheres em situação de violência, incluindo-se a sensibilização e capacitação das distintas categorias profissionais envolvidas em todas etapas do atendimento integral, em todas esferas de atenção. Esse dado foi também corroborado pela análise dos pontos considerados desfavoráveis no atendimento recebido, pois pequena parcela das mulheres relatou algumas situações, nas quais se sentiram discriminadas, desprotegidas ou culpabilizadas.
- A maioria das mulheres que realizou o abortamento medicamentoso com misoprostol considerou o sangramento vaginal indiferente ou aceitável, enquanto o tempo de espera pela conclusão do abortamento e a dor provocada pelo procedimento foram apontados como aspectos desfavoráveis, para parte das mulheres. De forma geral, a maioria das entrevistadas considerou o abortamento medicamentoso como experiência aceitável.

Anexo I - Roteiro de Entrevista
Anexo II - Termo de Consentimento Informado e Esclarecido



Magnitude do Aborto no Brasil

Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais



Roteiro de Entrevista
Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual

Ministério da Saúde
Área Técnica de Saúde da Mulher

Bloco I - Dados Sobre a Entrevistada

Entrevistador: Vamos começar esta entrevista por algumas informações pessoais:

Iniciais do Nome _____ Entrevista n° _____ Data da entrevista ____/____/____

1. Idade _____ anos 2. Religião _____
3. Estado Civil Casada, União Estável Solteira Separada Judicialmente, Desquitada, Divorciada Viúva
4. Raça / Cor (auto-determinação) Branca Preta Amarela Parda Indígena
5. Escolaridade Nenhuma Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo Superior Incompleto Superior Completo _____
6. Ocupação Não Sim (especificar) _____ 7. Profissão Não Sim (especificar) _____
8. Renda Familiar (em salários mínimos) Até 1 SM 1 a 2 SM 3 a 5 SM 6 a 10 SM 11 a 20 SM 21 SM ou mais

Bloco II - Dados Sobre a Violência Sexual

9. O Autor da Violência na Ocasão foi: Desconhecido Pai Biológico Padrasto Avô Tio Irmão Primo
 Vizinho Parceiro (na época) Ex-Parceiro Não Deseja Relatar Outro (especificar) _____
10. Que Tipo de Intimidação Sofreu? Força Física Grave Ameaça Força Física + Grave Ameaça Violência Presumida
11. A Abordagem Ocorreu no(a): Percurso da Escola Percurso do Trabalho Local de Trabalho Residência
 Residência do Agressor Não Respondeu Outro Local (especificar) _____
12. Quantos Foram os Agressores? 1 2 3 4 5 ou mais Ignorado Não Respondeu
13. Você Buscou Atendimento Imediato Após a Violência Sexual? Não Respondeu
 Não (especificar motivo) _____
 Sim (especificar se serviço público ou privado) _____
Caso resposta afirmativa, recebeu Anticoncepção de Emergência Não Sabe Não Sim
Caso tenha recebido, ocorreu falha da Anticoncepção de Emergência? Não Sabe Sim Ignorado

Bloco III - Dados Sobre a Gravidez

14. Como Soube da Gravidez? Teste de Farmácia Teste em Serviço de Saúde Teste em Laboratório Atraso Menstrual
 Ultra-sonografia Outra Forma (especificar) _____ Não Respondeu
15. Como se Sentiu ao Saber da Gravidez? Não Respondeu
- | | | | |
|---------------|---|------------------|---|
| Castigada | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Desprotegida | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Desmoralizada | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Em Risco | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Humilhada | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Amedrontada | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Adoecida | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Sem Alternativas | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
- Outro (especificar) _____

16. Qual sua Primeira Atitude ao Saber da Gravidez? Não Respondeu
Procurou pela Polícia Não Sim Procurou Serviço de Saúde Não Sim
Outra (especificar) _____
17. Você Relatou o Ocorrido a outras pessoas? Não Sim (para quais pessoas) _____ Não Respondeu
18. Como se Sentiu Compartilhando o Ocorrido? Não Respondeu

Acolhida	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Castigada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Protegida	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Humilhada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Abandonada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Desmoralizada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Culpabilizada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Criticada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Outro (especificar) _____					

19. Antes de Chegar ao CRSM, Soube ou Recebeu Informação sobre a Possibilidade de Abortamento Legal por Meio de:

Polícia Não Sim Não Utilizou o Serviço IML Não Sim Não Utilizou o Serviço
 Serviço de Saúde Não Sim Não Utilizou o Serviço Amigos / Parentes Não Sim
 Outro Não Sim (especificar) _____ Não Respondeu

20. Você foi Encaminhada ao CRSM por Delegacia de Polícia IML Serviço Público de Saúde Serviço Privado de Saúde
 Poder Judiciário Demanda Espontânea Outro (especificar) _____ Não Respondeu

21. Recebeu Informação sobre a Possibilidade de Manter a Gravidez ou de Praticar Doação? Não Sim Não Respondeu

22. Considera que Encontrou Dificuldades para Receber Informação Sobre o Direito ao Abortamento Legal?

Não Sim (especificar) _____ Não Respondeu

Bloco IV - Dados Sobre o Abortamento

23. Com quem se Aconselhou para Decidir pelo Abortamento? não compartilhou a decisão com outras pessoas

Pais: Sim Não Parceiro(a): Sim Não Amigo(a): Sim Não Orientador Religioso: Sim Não
 Profissional de Saúde: Sim Não Outro Não Sim (especificar) _____ Não Respondeu

24. Por que Decidiu pelo Abortamento? Não Respondeu

R: _____

25. Ano de Realização do Abortamento _____ **26. Tempo decorrido** _____ anos _____ meses

27. Idade quando realizou o Abortamento _____ anos **28. Idade Gestacional** _____ semanas (dado de prontuário)

29. Forma de Interrupção (dado de prontuário) AMIU Misoprostol Microcirurgia Outra (especificar) _____

30. Complicações (dado de prontuário) Não Sim (especificar) _____

31. Acompanhamento Médico Após o Aborto Sim Não (motivo) _____ Não Respondeu

32. Acompanhamento Psicológico Após o Aborto Sim Não (motivo) _____ Não Respondeu

33. Comentários Não Sim (especificar) _____

34. Como Qualifica os Seguintes Atendimentos Prestados no CRSM? Não Respondeu

Classificar cada item em uma das alternativas: 1. Excelente 2. Bom 3. Razoável 4. Ruim 5. Muito Ruim 6. Sem Opinião
 Psicologia () Serviço Social () Ginecologia () Enfermagem () Recepcionistas () Segurança ()
 Ambulatório () Enfermaria () Laboratório () Ultra-Som () Centro Cirúrgico () Anestesiista ()
 Comentários Não Sim (especificar) _____

Bloco V – Comportamentos e Opiniões da Entrevistada

35. Como se Sentiu Imediatamente Após Realizar o Abortamento? Não Respondeu

R: _____

36. Você Contou sobre a Realização do Aborto para: Não Contou Sobre o Aborto para Nenhuma Pessoa

Família Parceiro(a) Colega de Trabalho Amigo(a) Íntimo Membros de sua Religião Pessoas da Escola

Outros(especificar) _____ Não Respondeu

37. Após realizar o Aborto, considera que sua relação com o(a) Não Respondeu

Família () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Parceiro () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Trabalho () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Sexualidade () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Amigos () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Escola () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Religião () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

Outro () 1. não alterou, 2. melhorou, 3. piorou, 4. não sabe dizer, 5. não se aplica (especificar) _____

38. Após ter Realizado o Aborto Você Teve Pensamentos Recorrentes: Não Respondeu

Sobre a Violência Sexual Não Sim (observação) _____

Sobre o Abortamento Não Sim (observação) _____

Suicídio Não Sim (observação) _____

Reencontrar o Agressor Não Sim (observação) _____

Outro Não Sim (observação) _____

39. Por Ocasião do Abortamento Você Percebeu Mudanças em seu Corpo e Comportamento? Quais? Não Respondeu

Não Apresentou Mudanças

Hábitos Alimentares Não Sim (especificar) _____

Sono Não Sim (especificar) _____

Outro Não Sim (especificar) _____

40. Sente-se Arrependida pela Decisão do Abortamento? Não Respondeu

Não Sim (especificar) _____

41. Se Pudesse Retornar ao Momento da Decisão, Repetiria o Abortamento? Não Respondeu

Sim Não (especificar) _____

42. O que Considera como Pontos Favoráveis em seu Atendimento no Serviço de Saúde na Ocasião do Aborto Legal?

R: _____

43. O que Considera como Pontos Negativos em seu Atendimento no Serviço de Saúde na Ocasião do Aborto Legal?

R: _____

Bloco VI – Perspectivas Sobre o Abortamento Medicamentoso

(exclusivo para mulheres com mais de 12 semanas e que realizaram abortamento medicamentoso - misoprostol)

44. Tempo Necessário para o Abortamento _____ dias (dado de prontuário)

45. Considera os Eventos Experimentados no Aborto Medicamentoso (1. indiferente, 2. aceitável, 3. muito incômodo, 4. inaceitável, 5. não opina)

Sangramento () Dor () Tempo de Espera () Outro () (especificar) _____ Não Respondeu

46. O que considerou mais Incômodo no Procedimento? Sangramento Dor Tempo de Espera Outro _____

47. Considera sua Experiência Pessoal com o Abortamento Medicamentoso Aceitável? Não Respondeu

Sim Não (comentários) _____



Magnitude do Aborto no Brasil

Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais



Ministério da Saúde
Área Técnica de Saúde da Mulher

Termo de Consentimento Informado e Esclarecido

Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual.

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher, está desenvolvendo um diagnóstico da situação do abortamento no Brasil, denominada **Magnitude do Aborto Legal no Brasil – Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais**. Entre as várias atividades desse projeto, inclui-se a entrevista de cerca de 30 mulheres que realizaram o abortamento previsto em Lei, em condições de violência sexual (conforme Decreto-Lei 2848m, inciso II do artigo 128 do Código Penal Brasileiro). Essa escuta, por meio de entrevista, pretende conhecer melhor e mais profundamente as vivências dessas mulheres e, principalmente, a opinião das mesmas sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde e suas reflexões sobre como essa situação interferiu em suas vidas. Considerando a importância dessas informações para a melhoria das políticas públicas de saúde, respeitosamente convidamos a Sra para participar como **entrevistada**, solicitando que leia cuidadosamente as informações a seguir.

Para conduzir essas atividades dentro dos princípios propostos, o Ministério da Saúde conta com a colaboração de Ipas Brasil, responsável pela entrevista dessas mulheres. Ipas é uma organização não governamental com status de órgão consultivo conferido pela ONU e que atua em vários países, inclusive no Brasil, há mais de 10 anos, com o objetivo de contribuir de forma ativa para a melhoria das condições de assistência a saúde reprodutiva da mulher, inclusive aos serviços de abortamento em condições adequadas (aborto seguro e legal).

Os organizadores e entrevistadores se comprometem com a absoluta confidencialidade dos dados e informações prestadas pela **entrevistada**, nos termos previstos pela Legislação Brasileira e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, restando certo que a **entrevistada** não será identificada, em tempo algum. Os organizadores se comprometem em manter este termo e o formulário de entrevista em condição de sigilo, com acesso restrito exclusivamente aos investigadores responsáveis. A entrevista é individual, não oferece contato entre as participantes, e será registrada em formulário específico pré-testado, que será apresentado para a apreciação da **entrevistada** antes do início da entrevista. Não haverá gravação ou filmagem da entrevista, ou qualquer outro meio de registro diferente do formulário. Frases da **entrevistada** poderão ser registradas entre parênteses, na integralidade, com a possibilidade de serem divulgadas dessa forma no documento final, desde que respeitadas as normas de sigilo e confidencialidade, e com a expressa autorização da **entrevistada**.

A **entrevistada** poderá interromper e cancelar sua participação em qualquer momento da entrevista, mesmo após seu término, se assim o desejar, sem o dever de prestar justificativa sobre sua decisão. Nesse caso, o formulário de entrevista será destruído pelo entrevistador na presença da **entrevistada**. Os organizadores e o entrevistador se comprometem a registrar de forma fidedigna e completa as informações prestadas pela **entrevistada**.

A participação nesta entrevista não envolve o pagamento, direto ou indireto, de valores em dinheiro para a **entrevistada**, incluindo-se o oferecimento de benefícios, vantagens, brindes ou presentes. Da mesma forma, fica expressamente proibido que o entrevistador ou organizador receba da **entrevistada** ou de seu representante valor em dinheiro, benefício, vantagem, brinde ou presente. A participação na entrevista deve obedecer ao princípio da voluntariedade.

Declaro conhecer e compreender o conteúdo integral deste **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO**. É fato certo que me foram esclarecidas de forma satisfatória todas as dúvidas referentes a minha participação nesta entrevista. Assim, declaro que minha participação se faz de forma livre, voluntária, consciente, esclarecida, e informada. Declaro, ainda, concordância com as condições acima propostas e ciência de meus direitos enquanto **entrevistada**. Nada Mais.

São Paulo, ____/____/____

nome e assinatura

- Advocaci. Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos – síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro: Advocaci. 2003. 118p.
- Aiken M. False Allegation: a concept in the context of rape. *J Psychosocial Nurs Ment Health Serv*, 31:15-20, 1993.
- Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide. New York and Washington DC. The Alan Guttmacher Institute. 1999.
- Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. *J Miss State Assoc*, 39:366-9, 1998.
- Berenson AB, San Miguel VV, Wilkinson GS. Prevalence of physical and sexual assault in pregnant adolescents. *J Adolesc Health*, 13:466-9, 1992.
- Boza AJV. Aborto terapeutico. In: Faúndes A. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecologia. Santa Cruz, Bolivia: FLASOG. 2005. p.61-78.
- Brache V, Croxatto H, Cochon L, Massai R, Alvarez F, Forcelledo MI, Faúndes A, Pavez M, Salvatierra AM. Efecto de la administración de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia sobre la función ovulatoria. Resúmenes de la XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Cuba. 2003. 28-31.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2004. 116p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(a). 60p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de emergência. Perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(b). 20p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(c). 20p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(d). 34p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(e). 68p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde. 2006(a). 64p.
- Brasil. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 2006(b). 47p.
- Cecatti JG & Moraes Filho OB. Farmacodinâmica y vías de administración. In: Faúndes A. Uso de misoprostol e obstetricia y ginecologia. Santa Cruz, Bolivia: FLASOG. 2005. p.18-32.
- Código Civil Brasileiro (CCB). Lei 10.406, 10.01.2002. 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2003. 831p.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética. Resolução CFM nº 1.246. Diário Oficial da União: Brasília, DF. 1988.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetricia. São Paulo: CREMESP, 2ª edição. 2002. 71-78.
- Convington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med*, 46:1031-9, 2001.
- Couto MT, Diniz SG, D'Oliveira AF, França-Júnior I, Ludemir AB, Portella AP, Schraiber LB, Valença O. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. In: <http://www.agende.org.br/OMS/Folheto%20Viol%C3%Aancia%20-%202111021.doc>2004.
- Deming JE, Mittleman RE, Wetli CV. Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women. *J Forensic Sci*, 28:572-6, 1983.

- D'Oliveira AFPL & Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. *Jornal da Redesaúde*, 19:3-4, 1999.
- Drezett J, Baldacini I, Freitas GC, Pinotti JA. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. *Revista do Centro de Referência*, 3:29-33, 1998.
- Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr*, 77(5):413-9, 2001.
- Drezett J & Del Pozo E. El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual. La Paz, Ipas Bolivia, 2002. 15p.
- Drezett J. Atención a mujeres sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud. *Comunicaciones*, 10(13):5-18, 2003.
- Drezett J, Junqueira L, Antonio IP, Campos F, Leal MCP, Iannetta R. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. *Adolescência e Saúde*, 1(4):31-9, 2004.
- Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. *A saúde sexual e reprodutiva no Brasil: diferentes visões no contexto do aborto*. Porto Alegre: Metrópole. 2005. p.29-41.
- Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*, 25:1-8, 1997.
- Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto JA, Lopez JRC. II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, 26:134-8, 1998.
- Faúndes A, Andalaft Neto JA, Freitas F, Drezett J, Pinto e Silva J, Mello J, Bedone AJ. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, 27:317-21, 1999.
- Faúndes A, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception - clinical and ethical aspects. *Gynecol Obstet*, 82:297-395, 2003.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Violência Sexual e interrupção da gestação prevista em lei*. São Paulo: FEBRASGO. 2004. 91p.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetrícia y Ginecología (FLASOG). *Uso de misoprostol en obstetrícia y ginecología*. Santa Cruz, Bolívia: FLASOG. 2005. 115p.
- Frigério MV, Salzo I, Pimentel S, Gollop TR. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. In: *Aborto legal – Implicações éticas e religiosas*. São Paulo, Católicas pelo Direito de Decidir, 2002. PpP. 71-98.
- Galli B., Gomes, E. C. Representações dos profissionais de saúde em relação ao aborto: entre direitos e deveres na atenção In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 2006, Florianópolis.
- Garza-Aguilar J & Diaz-Michel E. Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Publica Mex*, 36:36-45, 1994.
- Heirich L. Care of the female rape victim. *Nurs Practitioner*, 12:35-51, 1989.
- Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994. 255p.
- Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*, 175:320-4, 1996.
- Human Rights Watch (HRW). *Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil*. EUA, Americas Watch, 1992. 70p.
- International Consortium for medical abortion (ICMA). *Aborto Medicamentoso: Expandindo o Acesso ao Aborto Seguro e Salvando Vidas. Abortamento Medicamentoso: Fórum Internacional em Políticas, Programas e Serviços*. Glenburn Lodge, Johannesburg, África do Sul, 2004
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Chicago, American Medical Association. 1992, 46p.
- Johnson JK, Haider F, Ellis K., Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG*, 110:272-5, 2003.
- King M & Woollett E. Sexually assaulted males: 115 men consulting a counseling service. *Arch Sex Behav*, 26:579-88, 1997.
- Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnberg NM, Marusic A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. *Am J Orthopsychiatry* 1995. 65:428-33.

- Lathrope A. Pregnancy resulting from rape. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27:25-31, 1998.
- Lourenço MBR. Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa. São Paulo, 2001. (Tese - Doutorado – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- Mariani-Neto C. Óbito Fetal. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier. 1994. p.382-6.
- Muhajarine N, D'arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ*, 160: 1007-11, 1999.
- Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiop Med J*, 36:167-74, 1998.
- Muram D, Hostetler BR, Jones CE, Speck PM. Adolescent victims of sexual assault. *J Adolesc Health*, 17:372-5, 1995.
- National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center (NVCCVRTC). Rape in America: A Report to the Nation. South Carolina, Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992. 287p.
- Newton-Taylor B, Dewit D, Gliksman L. Prevalence and factors associated with physical and sexual assault of female university students in Ontario. *Health Care Women Int*, 19:155-64, 1998.
- Oliveira J. Código Penal. 25ª edição. São Paulo: Saraiva. 1987. 486p.
- Organização dos Estados Americanos (OEA). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos. (S.L.:s.n). 1995.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002. 53p.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos, 2005. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2005.
- Pedersen W & Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91:565-81, 1996.
- Peipert JF & Domagalski LR. Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol*, 84:867-71, 1994.
- Petter LM & Whitehill DL. Management of female sexual assault. *Am Fam Physician*, 58:920-6, 1998.
- Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PFA. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet*, 353:721, 1999.
- Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarijan V. Estupro: crime ou "cortesia"? - abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre, SAFE, 1998. 288p.
- Pinho RR. Projeto de código penal: exposição de motivos. In: Pinho RR. Código Penal. 5ª ed., São Paulo, Atlas, 1979. p.24-66.
- Rachana C, Suraiya K, Hishma AS, Abdulaziz AM; Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 103:26-9, 2002.
- Rickert VI & Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 11:167-75, 1998.
- Russel D. The secret trauma: incest in the lives of girls and women. New York, Basic Books, 1986. 464p.
- Saffioti HIB & Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. 218p.
- Sánchez NM. Los menores como victimas de abuso sexual. *Rev Niños*, 24:21-35, 1989.
- Satin AJ, Ramin SM, Paicurich J, Millman S, Wendel Jr GD. The prevalence of sexual assault: a survey of 2404 puerperal women. *Am J Obstet Gynecol*, 167:973-5, 1992.
- Saum CA & Inciardi JA. Rhoypnol misuse in the United States. *Subs Use Misuse*, 32:723-31, 1997.
- Singh HS, Yiing WW, Nurani HN. Prevalence of childhood sexual abuse among Malaysian paramedical students. *Child Abuse Negl*, 20:487-92, 1996.
- Souza CM & Adesse L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília, Ipas Brasil e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

- Talib RA, Citeli MT. Dossiê: Serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Brasília: São Paulo, Católicas pelo Direito de Decidir, 2005. 80p.
- Torres JHR. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Rede saúde*, 18:7-9, 1999.
- Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, 57:363-369, 1998.
- Turner K, McInerney T, Herrick J. Atenção pós-aborto centrada na mulher. Chapel Hill, Carolina do Norte: Ipas. 2005. 242p.
- United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. New York, United Nations. 1994.
- United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing. New York, United Nations. 1995.
- United Nations. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York, United Nations. 1999.
- Viggiano M, Faúndes A, Borges AL, Viggiano ABF, Souza GR, Rabello I. Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. *J Bras Ginecol*, 106(3): 55-61, 1996.
- World Health Organization (WHO). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization. 1992.
- World Health Organization (WHO). Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva, World Health Organization, 1998. 59p.
- World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization. 2003.
- Wyatt GE, Loeb TB, Solis B, Carmona JV. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse Negl*, 23:45-60, 1999.