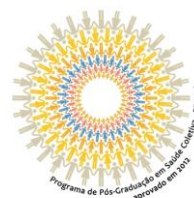


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS**  
**PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



Angela Ester Ruschel

**Aborto Legal em decorrência de Violência Sexual -**

**As rotas críticas de mulheres em busca do  
atendimento em um hospital público de Porto**

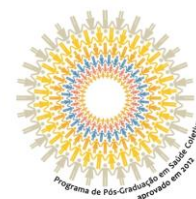
**Alegre**

Porto Alegre - RS

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS**

**PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**Angela Ester Ruschel**

**Aborto Legal em decorrência de Violência Sexual -**

**As rotas críticas de mulheres em busca do  
atendimento em um hospital público de Porto**

**Alegre**

**Orientador:** Frederico Viana Machado

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS para obtenção do grau de mestre *Stricto Sensu*.

Porto Alegre - RS  
2020

### CIP - Catalogação na Publicação

Ruschel, Angela Ester  
Aborto Legal em decorrência de Violência Sexual -  
As rotas críticas de mulheres em busca do atendimento  
em um hospital público de Porto Alegre / Angela Ester  
Ruschel. -- 2020.  
104 f.  
Orientador: Frederico Viana Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2020.

1. aborto legal. 2. rotas críticas. 3. estupro. 4.  
violência sexual . 5. mulheres. I. Viana Machado,  
Frederico, orient. II. Título.

Às mulheres, por suas histórias e sua coragem!

“Não se pode escrever nada com indiferença”.

Simone de Beauvoir (1954)

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul - professores,  
servidores e orientador - pela perseverança na excelência do ensino público!

## RESUMO

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público de Porto Alegre e analisou 127 casos de aborto legal em mulheres cuja gravidez foi decorrente de violência sexual, entre os anos de 2000 e 2018. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo que conjugou uma análise quantitativa e qualitativa dos dados, tendo sido dividido em três etapas: 1. A (re)construção da série histórica de casos de aborto legal entre 2000 e 2018; 2. Estudo do perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram aborto legal, caracterização da violência sofrida e do procedimento de interrupção da gestação; 3. Análise dos aspectos inerentes a busca do direito ao aborto legal. Os dados objetivos foram tabulados em planilha de MS-Excel e após tratados e analisados no SPSS. A parte qualitativa analisa, a partir da metodologia das Rotas Críticas, a trajetória percorrida pelas mulheres na busca pelo aborto, suas histórias e dificuldades enfrentadas, agrupando em categorias as situações e aspectos comuns. Os resultados foram apresentados em dois artigos 1. O perfil sociodemográfico de mulheres que realizaram a interrupção legal da gestação por violência sexual; 2. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. Realizaram aborto legal mulheres entre 10 e 42 anos, sendo a maioria adultas (59,8%), brancas (77,2%), solteiras (74,8%), com ensino médio ou superior (57,9%). Eram moradoras de Porto Alegre 43,3% e 33,1% tinham trabalho remunerado. Em 29,9% dos casos a violência sexual foi a 1ª relação e em 63,8% tratava-se da 1ª gravidez. A violência foi aguda em 74% dos casos, em 68,5% dos casos houve registro policial e em 44,9% o agressor era desconhecido da vítima. Entre os meios de coerção foram encontrados: força física (41,7%), ameaças (33,8%), arma/faca (25,2%), substância psicoativa (28,3%), sedução (9,4%). A maioria das mulheres (68,5%) chegou ao serviço no 1º trimestre de gestação e o tempo médio em dias até a finalização do procedimento foi de 11,4, sendo a internação média de 2,98 dias. Na parte qualitativa foram descritas cinco categorias: 1. Entre o silêncio e o segredo: a dificuldade em buscar ajuda após o estupro e o rompimento do segredo com a descoberta da gravidez; 2. O adoecimento psíquico como nó crítico: sintomas e quadros reativos ao trauma da violência e gravidez indesejada, tais como medos, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ideação suicida; 3. Um direito restrito pela desinformação: a falta de informação sobre o direito ao aborto que se soma ao mecanismo psíquico de negação da gravidez; 4. A desorganização social que decorre da violência: perda de emprego, separação conjugal, abandono dos estudos desencadeados pela vivência traumática 5. Outras rotas críticas: fluxos institucionais, validação da violência sofrida e objeção de consciência de profissionais que aumentam o sofrimento das mulheres e alongam o tempo do processo. São diversos os obstáculos que precisam ser transpostos para que as mulheres que engravidam de um estupro possam exercer o direito ao aborto legal. Constatou-se que a desinformação foi um dos principais obstáculos e que a alegação de objeção de consciência pelos profissionais de saúde e o estigma relacionado ao estupro e ao aborto acentuaram as dificuldades e alongaram a trajetória das mulheres. A existência de uma política pública que prevê a interrupção da gestação no âmbito do SUS não garante às mulheres o acesso ao direito, havendo a necessidade de uma ampla divulgação dos serviços de referência e de uma maior visibilidade a essa questão de saúde pública.

Palavras-chave: aborto legal; violência de gênero; violência sexual; mulheres; violência contra a mulher; estupro.

## ABSTRACT

This research was carried out in a public hospital in Porto Alegre and analyzed 127 cases of legal abortion in women whose pregnancy resulted from sexual violence, between the years 2000 and 2018. It is a cross-sectional, descriptive and retrospective study that combined a quantitative and qualitative analysis of the data, having been divided into three stages: 1. The (re) construction of the historical series of legal abortion cases between 2000 and 2018; 2. Study of the sociodemographic profile of women who had a legal abortion, characterization of the violence suffered and the procedure for terminating pregnancy; 3. Analysis of the aspects inherent to the search for the right to legal abortion. The objective data were tabulated in an MS-Excel spreadsheet and after then treated and analyzed in SPSS. The qualitative part analyzes, based on the Critical Routes methodology, the trajectory traveled by women in the search for abortion, their histories and the difficulties they faced, grouping common situations and aspects into categories. The results were presented in two articles: 1. The sociodemographic profile of women who legally terminated the pregnancy due to sexual violence; 2. Women victims of sexual violence: critical routes in the search for the right to legal abortion. Women between 10 and 42 years old performed legal abortion, the majority of whom were adults (59.8%), white (77.2%), single (74.8%), with high school or higher education (57.9%). They were residents of Porto Alegre 43.3% and 33.1% had paid work. In 29.9% of cases, sexual violence was the first relationship and in 63.8% it was the first pregnancy. Violence was acute in 74% of cases, in 68.5% of cases there was a police record and in 44.9% the aggressor was unknown to the victim. Among the means of coercion were found: physical strength (41.7%), threats (33.8%), weapon / knife (25.2%), psychoactive substance (28.3%), seduction (9.4%). Most women (68.5%) arrived at the service in the 1st trimester of pregnancy and the average time in days until the completion of the procedure was 11.4, with an average hospital stay of 2.98 days. In the qualitative part, five categories were described: 1. Between silence and secrecy: the difficulty in seeking help after the rape and breaking the secret with the discovery of pregnancy; 2. Psychic illness as a critical node: symptoms and conditions reactive to the trauma of violence and unwanted pregnancy, such as fears, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, suicidal ideation; 3. A right restricted by disinformation: the lack of information on the right to abortion that is added to the psychic mechanism of denial of pregnancy; 4. The social disorganization that results from violence: job loss, marital separation, abandonment of studies triggered by traumatic experience 5. Other critical routes: institutional flows, validation of suffered violence and conscientious objection by professionals that increase the suffering of women and lengthen the process time. There are several obstacles that need to be overcome so that women who become pregnant due to rape can exercise the right to legal abortion. It was found that misinformation was one of the main obstacles and that the allegation of conscientious objection by health professionals and the stigma related to rape and abortion accentuated the difficulties and lengthened the trajectory of women. The existence of a public policy that provides for the termination of pregnancy within the scope of SUS does not guarantee women access to the right, with the need for a wide dissemination of reference services and greater visibility to this public health issue.

Keywords: legal abortion; gender-based violence; sexual violence; women; violence against women; rape.

## Lista de figuras e tabelas

- Gráfico 1** - Série histórica de abortos legais por estupro .....41
- Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica das mulheres que realizaram interrupção legal da gestação por violência sexual num Hospital Público de referência – Porto Alegre, de 2002 a 2018 .....44
- Tabela 2** - Caracterização da violência sexual sofrida pelas mulheres que realizaram interrupção legal da gestação num Hospital Público de referência – Porto Alegre, de 2002 a 2018.....48
- Tabela 3** - Dados relacionados ao procedimento de interrupção legal da gestação por violência sexual realizados num Hospital Público de referência em Porto Alegre, de 2002 a 2018.....50



## **Lista de abreviaturas**

ADPF: Arguição de descumprimento de preceito fundamental

AL: Aborto legal

BOP: Boletim de ocorrência policial

CP: Código penal

DNA: ácido desoxirribonucleico - material genético da célula

IG: Idade gestacional

ILG: Interrupção legal da gestação

IST/HIV: Infecções sexualmente transmissíveis/ vírus da imunodeficiência humana

MS: Ministério da Saúde

NT: Nota técnica

OMS: Organização mundial da saúde

PIB: Produto interno bruto

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

STF: Supremo Tribunal Federal

SUS: Sistema único de Saúde

VS: Violência sexual

## SUMÁRIO

1.	Introdução .....	10
2.	Revisão da Literatura .....	12
2.1.	Violência Sexual: uma questão de gênero .....	12
2.2.	O aborto como questão de saúde pública .....	15
2.3.	O aborto legal no Brasil .....	17
2.4.	O aborto legal como um direito humano .....	18
3.	Justificativa .....	22
4.	Objetivos .....	23
4.1.	Objetivo geral .....	23
4.2.	Objetivos específicos .....	23
5.	Metodologia .....	24
5.1.	Caracterização do local da pesquisa .....	23
5.2.	Delineamento .....	23
5.3.	Etapas da pesquisa .....	23
6.	Aspectos éticos .....	28
7.	Resultados .....	29
8.	Capítulo 1 .....	30
	Artigo: Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram A interrupção legal da gestação por violência sexual	
9.	Capítulo 2 .....	61
	Artigo: Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal	
10.	Conclusão .....	92
11.	Referências Bibliográficas .....	94
12.	Apêndices .....	98

## 1. Introdução

Esta pesquisa surgiu da minha prática clínica como psicóloga em uma equipe multiprofissional de referência no atendimento a mulheres que passaram por situações de violência sexual, em um hospital público de Porto Alegre. Essa equipe é também referência para o acolhimento, avaliação e acompanhamento dos casos de interrupção legal de gestações (ILG) ou aborto legal (AL), como é costumeiramente chamado esse procedimento. É um percurso de mais de 15 anos de atendimento a situações complexas, de intensos traumas e significativa desorganização psicossocial que decorre dessas violências.

As múltiplas facetas que acompanham a violência sexual e o aborto legal somaram-se à percepção da necessidade de uma articulação institucional, como profissional de saúde pública, para que o direito ao aborto previsto em lei pudesse ser respeitado e para que as mulheres pudessem acessar o serviço. A previsão legal do aborto nas situações de violência sexual e as normativas técnicas do Ministério Saúde foram um marco, mas ainda são pouco conhecidas, tanto no âmbito da saúde, quanto do público em geral, o que dificulta, em vários aspectos, o exercício desse direito.

A chegada ao serviço de uma gestante por estupro descortina falhas sociais básicas, tanto na segurança pública, pela falta de proteção, quanto nos cuidados emergenciais de saúde para o uso de profilaxias contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV), anticoncepção de urgência e cuidados em saúde mental preconizados após um estupro. Além disso, demarca importantes desigualdades de gênero na estrutura da nossa sociedade. Semanas ou meses depois da violência sexual, as mulheres descobrem uma gestação que traz à tona uma marca dessa violência que não é possível ocultar, que acentua os sintomas de angústia e exige algumas decisões. Muitas chegam sozinhas. Outras tantas decidem pedir ajuda a algum amigo, ou na delegacia, no serviço de saúde, na igreja, na escola, enfim, nos mais diversos lugares e não raras vezes excluem a família dessa experiência. Nem sempre é na primeira tentativa de busca que a ajuda é alcançada, nem tampouco a informação sobre o direito ao aborto.

O relato de muitas mulheres é de nunca terem ouvido falar sobre o direito ao aborto. Chegam ao serviço pelas “mãos” de alguém próximo que já ouviu falar sobre esses casos, como já referido acima, ou então descobrem no próprio hospital a possibilidade de interromper a gestação. Percorrem muitos caminhos, por vezes difíceis e longos, com negativas de quem deveria acolher e negligências de quem deveria proteger. São percursos marcados por dificuldades também relacionados ao estigma social de quem faz ou pratica um aborto.

A trajetória de uma mulher na realização de um aborto legal abarca diversos aspectos, que vão desde a dificuldade de acesso à informação, distância a ser percorrida até o serviço de referência, burocracia pertinente ao processo de interrupção, objeção de consciência de profissionais, dificuldades econômicas, até sintomas psíquicos reativos ao trauma da violência e tantos outros, que aqui serão expostos e analisados. Buscou-se uma aproximação do tema revisitando as histórias das mulheres atendidas e as práticas de saúde envolvidas para, então, conjugá-las com as nuances de suas trajetórias durante o processo da interrupção legal da gestação: a construção da rota crítica do aborto legal após uma violência sexual.

Trata-se de temática relevante na saúde pública e que necessita de maior visibilidade e aprofundamento, para a qual os resultados desta pesquisa pretendem contribuir e assim, talvez, diminuir as consequências danosas do descaso.

## **2. Revisão da Literatura**

### **2.1 Violência Sexual: uma questão de gênero**

A Convenção de Belém do Pará (1994), como ficou conhecida a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher, conceituou a violência contra as mulheres como “ qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” e entendeu essa violência como uma violação aos direitos humanos. O Brasil é signatário de diversos Tratados e Convenções internacionais que visam erradicar a violência de gênero (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Cairo, 1994; Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará, 1994; IV Conferência Mundial sobre a Mulher - Pequim, 1995) entendendo que esse problema está amarrado em desigualdades estruturais que envolvem dominação e poder de lado e submissão de outro.

Segundo Barata (2009) são atribuídos diversos conceitos à palavra gênero, tendo sido usada no campo da saúde com sentidos tanto da biologia quanto da gramática. O conceito de gênero fala de características e comportamentos construídos culturalmente em diferentes grupos sociais e que estabelecem o contraste entre o feminino e o masculino. Joan Scott (1995) afirma que o termo gênero, além de um substituto para o termo mulheres, também é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Segundo a autora, o termo gênero “tornou-se uma forma de indicar construções culturais - a criação inteiramente social de ideias sobre papéis adequados a homens e mulheres ... tratando-se, portanto, de uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p. 75). Nessa perspectiva, pode-se observar como se estabelecem as relações sociais e como são reproduzidos os valores e comportamentos atribuídos a homens e mulheres, numa dinâmica onde as diferenças entre os sexos são, muitas vezes, transformadas em desigualdades.

Para Minayo (2005) a concepção ocidental do masculino como sujeito da sexualidade e do feminino como seu objeto é um valor de longa data. Essa é uma visão do patriarcado em que o masculino está associado ao lugar da ação, da decisão, da chefia de rede das relações familiares e da paternidade como sinônimo de

provimento material. Conseqüentemente a posição social masculina, de modo naturalizado, é de agente do poder da violência, de exercício de domínio na relação com as pessoas, das guerras e das conquistas. Para Checa (2012), nessa dinâmica social, os homens assumem o lugar de produtores e as mulheres de reprodutoras e isso designa-lhes diferentes lugares na divisão social do trabalho: a esfera do público como lugar masculino e do privado e doméstico para o feminino. São assimetrias com raízes no poder patriarcal e que, durante séculos, sustentam a subordinação e a opressão da mulher na sociedade. Assim também, a mulher é considerada, segundo Minayo, objeto da sexualidade e do desejo masculino e no caso do estupro “realiza-se superlativamente a dissociação entre o sujeito e o objeto da sexualidade, entre o apoderamento sexual do outro e a anulação da vontade da vítima” (MINAYO, 2005, p. 24).

O entendimento da dinâmica da violência contra as mulheres como violência de gênero surge nesse contexto: nas relações de poder e dominação. Dentre as violências de gênero, a violência sexual é uma das manifestações mais cruéis e persistentes. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que em todo o mundo 30% das mulheres que tiveram parceiros já sofreram violência física ou violência sexual em algum momento. Em termos globais, 7,2% das mulheres relatam ter sofrido violência sexual, sendo que uma em cada 5 meninas sofreu abuso sexual na infância. A prevalência na vida de abuso sexual indica diferenças acentuadas de gênero - 18% para meninas e 7,6% para meninos (OMS, 2014). O relatório sobre Saúde Sexual e Reprodutiva publicado pelo Instituto Guttmacher (2018) revela que mais de uma em cada três mulheres sofreram violência por parceiro íntimo ou violência sexual de não parceiro em algum momento de suas vidas. Estima-se que 29% das mulheres adolescentes entre 15-19 anos que já tiveram parceiros, foram expostas a algum tipo de violência na relação. A violência está profundamente enraizada na desigualdade de gênero e tem graves conseqüências para a saúde física e mental e bem-estar geral, dificultando conquistas sociais e a manutenção socioeconômica das vítimas.

Nos Estados Unidos, calcula-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades (DREZETT, 2002). Segundo o autor, a maioria das mulheres não denuncia o ocorrido por constrangimento e medo de humilhação. As mulheres vítimas de violência sexual têm receio da falta de compreensão ou interpretação dúbia do parceiro, dos familiares, amigos e autoridades. Além disso, existe ainda o medo das ameaças feitas pelos agressores, que colocam em risco sua integridade física ou de algum familiar.

Os danos da violência sexual repercutem intensamente em aspectos biopsicossociais dos sujeitos envolvidos, trazendo consequências tanto na saúde física (lesões, IST/HIV, etc.) quanto na saúde mental (depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos e Stress pós-traumático são comuns). Além disso, o impacto da violência sobrecarrega o sistema de saúde, tanto em termos de recursos econômicos e humanos, quanto em custos sociais, em decorrência, por exemplo, de produtividade perdida para a sociedade pelo afastamento das vítimas do trabalho e da vida social e abandono dos estudos. Segundo estimativas, o Brasil perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente entre 8% e 11% do teto bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes (BRASIL, 2012).

Entre os agravos resultantes da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações que desencadeia, tanto de ordem psicológica, quanto sociais e médicas (DREZETT, 2002). A descoberta da gravidez após situação de violência sexual, traz à tona uma nova situação traumática, muitas vezes encarada como uma segunda violência (LIMA; LAROCCA: NASCIMENTO, 2019). Estima-se que em torno de 7% das mulheres vítimas de estupro engravidam (CERQUEIRA; COELHO, 2014, BLAKE, 2015).

De acordo com Nunes e Moraes (2016), as notificações de gestações decorrentes de violência sexual não condizem com a magnitude do problema. Diversos motivos impedem ou dificultam a chegada dessas mulheres aos serviços de referência, como por exemplo, o desconhecimento da política de atendimento do SUS e a falta de compreensão de seus direitos legais. Além disso, os sentimentos atrelados à violência sexual sofrida, tais como medo, vergonha de se expor e o temor de ser julgada e culpada pelo ocorrido também se tornam um obstáculo para a busca do atendimento. Esse contexto pode estar contribuindo para o aumento de abortos

inseguros e clandestinos, que acontecem em condições precárias e de risco para a saúde e para a vida da mulher.

## **2.2 O aborto como questão de saúde pública**

As discussões sobre o aborto despertam muitas controvérsias, sobretudo quando se tenta definir sobre se e quando ele deve ser permitido, quais as situações que o justificam ou quando o feto é considerado vida (KYRIAKOS; FIORINI, 2002). Do ponto de vista jurídico, o conceito de aborto significa a interrupção da gravidez ocasionando a destruição do embrião ou feto. Juridicamente, no Brasil, o aborto é considerado crime, independentemente da idade gestacional. Entretanto, o Código Penal Brasileiro (1940), em seu artigo 128, não pune a realização de aborto em duas situações: em casos de gravidez que coloque em risco a vida da mulher e no caso de uma gravidez resultante de estupro (BRASIL, 1940). Nesses casos, o procedimento de interrupção da gestação é denominado aborto legal, sendo conceitualmente dividido em dois tipos: o aborto terapêutico ou necessário, no primeiro caso, e o aborto sentimental ou humanitário, quando associado ao estupro.

No caso do aborto necessário ou terapêutico deve ficar caracterizado que a interrupção da gestação é a única maneira de salvar a vida da gestante e, se essa medida não for tomada, sua morte é certa. Não basta caracterizar o risco para a sua saúde, mesmo que muito grave e mesmo que a não interrupção da gravidez prejudique a futura qualidade de vida da gestante. No aborto terapêutico também não são considerados os aspectos e riscos da saúde mental que envolvem a gestante. Para Hungria, Lacerda, Fragoso (1981) o Código Penal previu o aborto humanitário ou aborto sentimental por considerar que “nada justifica que se obrigue a mulher estuprada a aceitar uma maternidade odiosa, que dê vida a um ser que lhe recordará perpetuamente o horrível episódio da violência sofrida” (HUNGRIA; LACERDA; FRAGOSO, 1981, p.312). Esta modalidade de aborto surgiu na Europa, depois das duas guerras mundiais, quando muitas mulheres eram estupradas por soldados do exército inimigo. No contexto de guerra, a problemática do aborto saiu da esfera privada e passou para a esfera pública, considerando-se que não era apenas a honra de uma mulher que estava sendo ameaçada, mas de toda uma nação (LIMA, 2009).



Em 2012, o Superior Tribunal Federal (STF) incluiu a permissão legal para a realização do aborto nos casos de anencefalia. Após mais de 10 anos de discussão, julgou procedente a argumentação da ADPF 54, considerando que não há crime no aborto de feto incompatível com a vida. Essa decisão representou importante avanço no cenário legal restritivo do Brasil em relação a esse tema.

No âmbito da saúde, abortamento é a interrupção da gestação, espontânea ou voluntária, até 20 ou 22 semanas, com o embrião ou feto pesando menos de 500g. O produto do abortamento é chamado de aborto, no entanto, na prática, os termos aborto e abortamento são utilizados como sinônimos (BRASIL, 2011). Na esfera da saúde coletiva, as questões relacionadas ao abortamento podem ser analisadas a partir de três diferentes eixos: aborto espontâneo ou induzido; aborto legal ou ilegal; e aborto seguro ou inseguro. O aborto espontâneo é aquele que ocorre sem que haja qualquer intervenção externa que cause a interrupção da gravidez e em geral está relacionado a alguma patologia da gestação, enquanto o aborto induzido é necessariamente provocado algum agente externo e de modo intencional. O aborto é considerado um procedimento inseguro quando realizado por pessoa não capacitada e/ou em ambiente sem as condições sanitárias necessárias, podendo acarretar riscos para a saúde e para a vida da mulher. Já a definição de aborto legal ou ilegal advém do contexto legislativo brasileiro, em que o aborto é, via de regra, considerado crime, sendo permitido ou entendido como aborto legal em somente três situações: risco de morte materna, diagnóstico de gestação com feto anencefálico e gravidez decorrente de estupro (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

O atendimento às situações de abortamento faz parte do cotidiano dos serviços de saúde, tanto na atenção primária, quanto na rede especializada. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde, nesses casos, pode ser permeado por julgamentos morais e até denúncias policiais, feitas por algum profissional de saúde, nos tratar de um aborto provocado. Ainda no caso do aborto legal, a dificuldade de acesso é aumentada pela incipiente rede de serviços que atendem a essas situações. (GIUGLIANI *et al*, 2019).

A prática de abortos inseguros é causa de inúmeras sequelas na saúde e uma das principais causas de morte de mulheres. No mundo são realizados em torno de 25 milhões de abortos inseguros por ano, a grande maioria - 97% do total - nos países mais pobres e com leis mais restritivas em relação ao tema, localizados principalmente na África, América Latina e Ásia. Estima-se que ocorra a morte de aproximadamente 50 mil mulheres a cada ano (GUTTMACHER INSTITUTE, 2018; OMS, 2018). Trata-se de um importante problema de saúde pública.

### **2.3 O Aborto Legal no Brasil**

O direito de interromper uma gravidez decorrente de estupro está previsto legalmente no Brasil desde 1940. Entretanto, apenas em 1989, quase 50 anos depois, foi criado o primeiro serviço de aborto legal na cidade de São Paulo. O hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, conhecido como hospital de Jabaquara, é considerado pioneiro na América Latina, sendo o primeiro hospital a prestar esse tipo de atendimento no âmbito do SUS. Além disso, adiantou-se em uma década em relação ao Ministério da Saúde, que publicou sua primeira Norma Técnica (NT) sobre o tema apenas em 1999 (KYRIAKOS; FIORINI, 2002; BRASIL, 1999).

No município de Porto Alegre, três anos antes da publicação da primeira NT, foi promulgada a lei 7781/96 que previa a organização dos hospitais para o atendimento emergencial a vítimas de violência sexual e realização do aborto legal. No ano seguinte, o decreto 11784 criou o Programa de Atendimento Integral às Vítimas de Violência Sexual, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com diferentes setores, entre eles representantes da Coordenação de Direitos Humanos e Cidadania, Gabinete do Prefeito Municipal de Porto Alegre, do Instituto Médico Legal, dos Hospitais conveniados e de organizações da sociedade civil, iniciou a sistematização e a organização dos atendimentos à violência sexual na cidade. Fizeram parte das discussões e da implementação dos serviços o Hospital de Clínicas, Hospital Fêmeina, Hospital Conceição, e no ano de 2000, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, recém municipalizado (PORTO ALEGRE, 1997). Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 1999), que previa a realização do abortamento legal no âmbito do SUS.

Segundo essa normativa ministerial, as mulheres que decidem pelo aborto em caso de gravidez resultante de estupro precisavam ser avaliadas por uma equipe multidisciplinar nos hospitais de referência, exigindo-se a apresentação do boletim de ocorrência policial para ter acesso ao procedimento. Essa prática mudou a partir de 2005, com a atualização da NT e o reconhecimento de que seria necessária apenas a narrativa da mulher para averiguar a presença de violência sexual, ou seja, excluiu-se a obrigatoriedade de apresentação do registro policial ou de outros documentos jurídicos, como alvarás ou ordens judiciais para autorização do aborto. Nesse mesmo ano, a Portaria MS/GM 1508 do Ministério da Saúde estabeleceu os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gestação nos casos previstos no âmbito do SUS, em que são definidos os documentos e protocolos a serem preenchidos pela equipe de assistência e pela mulher que solicita a interrupção da gravidez (BRASIL, 2005). Em 2012, uma nova atualização da NT prevê a possibilidade de interromper a gravidez até 22 semanas de gestação, mediante avaliação criteriosa e certificação de peso fetal máximo de até 500 g (BRASIL, 2012).

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu a regulamentação dos serviços para atendimento integral a pessoas em situação de violência, incluindo os casos de aborto legal, entendendo “Serviço de Aborto Legal” como um local de referência do SUS para a realização do procedimento de aborto permitido em lei. Preconiza-se que esses serviços sejam multidisciplinares e compostos por ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, que atendam às situações de violência sexual, avaliação e realização do aborto legal.

#### **2.4 O aborto Legal como um direito humano**

Pode-se afirmar que, apesar dos avanços em relação a proposição de políticas públicas relacionadas à saúde das mulheres e da normatização do atendimento dos casos de aborto legal, o acesso a esse direito ainda não é uma garantia para as mulheres. Em 2005 havia no Brasil apenas 56 hospitais cadastrados com equipes especializadas para interrupção da gestação em caso de violência sexual e desse total, apenas 37 estavam capacitados para realizar o procedimento, sendo que cinco nunca tinham feito qualquer aborto legal. Além disso, em seis estados brasileiros não havia ainda nenhum serviço organizado. A maioria dos atendimentos

estava centralizado na região sudeste do país, que acabava recebendo mulheres de todas as demais regiões (TALIB; CITELI, 2005).

Pesquisa realizada entre 2013 e 2015 demonstrou que não houve uma mudança significativa nesse cenário. Dos 68 serviços existentes, apenas 37 haviam realizado interrupções de gravidez decorrente de estupro. Os serviços ativos estavam distribuídos em 20 unidades da Federação (5 na região Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-Oeste, 6 no Sul e 12 no Sudeste), sendo que em 7 estados não havia nenhum serviço ativo. Havia mais de um serviço cadastrado em apenas 6 estados e somente em 4 deles havia serviços localizados fora da capital. A coleta de material para possível identificação do agressor era realizada em apenas 2 serviços. Algumas das instituições ainda exigiam Boletim de Ocorrência Policial, laudo do Instituto Médico Legal, ou alvará judicial para o procedimento. O total de atendimentos com solicitação de aborto legal nesse período foi feito por 5075 mulheres, mas apenas 2442 realizaram a interrupção, sendo que 80% dos procedimentos foram realizados em um único hospital (MADEIRO; DINIZ, 2016). Esse estudo aponta que as mulheres que engravidam de um estupro podem ter seu direito prejudicado por diversas questões, tanto geográficas, institucionais, de desinformação, além de questões de consciência dos profissionais que as atendem. A resistência dos médicos para a realização do procedimento é uma das dificuldades percebidas. Segundo Faúndes (2007), apesar de a maioria dos profissionais concordarem com o direito da mulher de interromper uma gestação decorrente de estupro, apenas 50% demonstram disponibilidade para realizar o procedimento.

Entre as barreiras que dificultam o acesso ao direito do aborto, está o crescente uso da alegação de objeção de consciência. Segundo Truong, Wood (2018), médicos e outros profissionais da saúde justificam a recusa em efetuar os procedimentos necessários para a realização do aborto dessa forma. O termo “objeção de consciência” surge no meio militar, sendo um conceito historicamente associado ao direito de se recusar ou aceitar fazer parte das forças armadas ou na guerra devido a bases religiosas ou morais. Na organização militar, diante da alegação de objeção de consciência, cabe o cumprimento de ação alternativa, como serviço voluntário, por exemplo. A adoção dessa prerrogativa pelos profissionais de saúde é amplamente reconhecida e aceita pelos conselhos de ética das categorias, principalmente na área médica. No entanto, cabe ressaltar um importante diferencial: adesão à profissão na

área da saúde é voluntária, ao contrário do serviço militar conscrito. O objetor militar paga um preço, muitas vezes passando por um processo de habilitação do governo, realizando serviços alternativos obrigatórios e frequentemente enfrentando estigma e discriminação. No caso da recusa de cuidados de saúde com base nas reivindicações de objeção de consciência, os prestadores de cuidados em saúde não são convocados a prestar qualquer compensação, apenas se isentam do procedimento. Na negativa de um atendimento em saúde por objeção de consciência, a parte mais gravemente afetada é a pessoa que teve o cuidado negado. A negligência no atendimento de casos de aborto por objeção de consciência é um fenômeno que viola a ética do princípio de não maleficência e têm graves consequências para as mulheres, especialmente para aquelas mais vulneráveis e marginalizados. Uma mulher que teve um aborto negado pode não ter escolha a não ser continuar com a gravidez indesejada; ou pode recorrer a um aborto clandestino e inseguro, com graves consequências para sua saúde ou risco de morte (TRUONG; WOOD, 2018).

Outro aspecto relevante é a concepção sobre a violência sexual e sobre o direito ao aborto entre os profissionais da saúde de acordo com o perfil das vítimas. Segundo pesquisa realizada no Brasil, as decisões médicas relativas as realizações do aborto legal se diferenciam quando a vítima são mulheres adultas, para o qual as equipes de saúde tendem a apresentar maior objeção de consciência; ou crianças e adolescentes, que são percebidas como “vítimas inocentes” da violência (DINIZ *et al*, 2014). Pode-se inferir que “a visão sobre esses crimes ainda está intimamente vinculada à imagem que se faz da vítima, de seu comportamento e moralidade” (OLIVEIRA *et al*, 2005). Por outro lado, estudo realizado por Cerqueira e Coelho (2014), sobre o estupro no Brasil, demonstra que a probabilidade de realização de um aborto legal é menor para crianças e adolescentes, o que pode ser um indicativo da interferência familiar na decisão. Esse estudo ainda aponta diferenças no atendimento para vítimas de violência sexual no que diz respeito à escolaridade e local de moradia, de forma que, quanto menor a escolaridade e mais afastado dos centros urbanos for o local de moradia, maiores são as chances de o atendimento ser negligenciado, como por exemplo, pela não administração de profilaxia para IST/HIV. No entanto, a precária base de dados sobre aborto no Brasil, mesmo quando se trata de aborto legal, dificulta a compreensão dos motivos que diferenciam a qualidade do atendimento prestado para diferentes vítimas.

## 2.5 As rotas críticas do aborto legal

A busca de ajuda pelas mulheres em situação de violência foi estudada por Sagot (2007) e descrita como rota crítica. Esse estudo focou a dinâmica da violência doméstica e demonstrou que na tentativa de sair da vivência de violência pelo parceiro íntimo, as mulheres precisaram percorrer diversos locais ou acessar diferentes pessoas até efetivamente se livrarem da violência. A pesquisadora demonstrou, através de seu estudo, que foram necessárias diversas idas e vindas, em que as mulheres fizeram escolhas, tomaram decisões, enfrentaram intercorrências, encontraram apoios e assim foram traçando o percurso de superação da violência a que estavam submetidas. Essa metodologia de pesquisa mostrou a complexidade desse processo, evidenciando os diferentes obstáculos que foram enfrentados, denominados pela autora de nós críticos. É importante ressaltar que a violência sexual pode fazer parte dos ciclos de violência doméstica a que algumas mulheres estão submetidas, tratando-se de relações sexuais forçadas que ocorrem na relação conjugal e que se repetem de modo crônico. A violência sexual crônica é também a mais comum entre crianças e adolescentes vitimadas por pessoas da relação afetiva e familiar, sendo que 53,6% têm até 13 anos de idade (BUENO; PEREIRA; NEME, 2019)

A violência sexual pode também ser um episódio único, pontual em que a mulher é forçada a uma relação sexual sem consentimento, podendo o agressor ser alguma pessoa conhecida ou desconhecida. Algumas pesquisas (DREZETT, 2002; MACHADO *et al*, 2015; NUNES; MORAIS, 2016; GUIMARÃES; RAMOS, 2017) já demonstraram o quanto a agressão sexual traz consequência danosas para a vida da mulher, inclusive ocasionando uma gravidez indesejada. No entanto, pouco se sabe sobre o destino dessas gestações, visto que são ainda poucos os estudos que tratam do tema aborto por estupro no Brasil. Segundo Madeiro, Diniz (2016) temos 68 serviços de aborto legal em todo país. No período da pesquisa, somente em torno de 50% deles realizaram pelo menos um procedimento de aborto legal e a quantidade

total de abortos legais no período foi de 2.442. No entanto, o número notificado de estupros, só no ano de 2014, foi de 50.000, o que significa que a cada 11 minutos uma mulher foi violentada. Estima-se que em torno de 7% das vítimas de estupro engravidem. Por mais assustadores que esses números pareçam, assim como em outros países, ainda são dados subnotificados, representando um percentual entre 10% e 20% do que realmente ocorre (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Além disso, as notificações policiais mostra--se em torno de três vezes maiores que os registros no Sistema de Notificação de Agravos do Ministério da Saúde (BUENO; PEREIRA; NEME, 2019), o que aponta para o não atendimento dessas mulheres pelo sistema de saúde.

Os dados publicados no Brasil sobre o tema são insuficientes para o entendimento do processo de busca pelo aborto legal. Leis restritivas sobre o aborto e a desinformação sobre a previsão legal de interromper uma gestação decorrente de estupro já foi apontado por Blake (2015) como uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Assim também, a pouca quantidade de serviços de aborto legal existentes é apontado por Madeiro, Diniz (2016) como barreira. Percebe-se como necessária a ampliação do conhecimento em relação ao processo que envolve a chegada das mulheres ao serviço de saúde e a dinâmica do exercício desse direito. Assim, esta pesquisa se propôs, através da metodologia das rotas críticas de Sagot (2007), analisar e entender as diferentes facetas que envolveram a realização do aborto em situações de violência sexual.

### **3. Justificativa**

A violência sexual e o aborto legal são temas complexos e multifacetados. Após 80 anos decorrentes da publicação do Código Penal e 20 anos da primeira Norma Técnica do Ministério da Saúde, a maioria dos municípios brasileiros ainda não oferece um serviço organizado e com atendimento humanizado para realização do aborto em caso de gravidez decorrente de estupro. Da mesma forma, ainda são escassos os dados e pesquisa que abordam essa temática e tragam à tona a dinâmica dessa vivência. Assim, o tema desta pesquisa mostra-se relevante para a saúde pública.

## 4. Objetivos

### 4.1 Objetivo geral:

- Analisar os casos de mulheres que engravidam em decorrência de violência sexual e que realizam aborto legal em um hospital público de referência na cidade de Porto Alegre.

### 4.2 Objetivos específicos:

- Construir a série histórica dos procedimentos de aborto legal realizados pelo serviço de referência em que se realizou o estudo;
- Traçar o perfil sociodemográfico das mulheres realizaram a ILG;
- Caracterizar a situação de violência sexual da qual decorreu a gravidez;
- Descrever as características do processo de aborto legal;
- Discutir os aspectos relacionados ao percurso das mulheres na busca do atendimento para realização da interrupção legal da gestação decorrente de estupro;
- Identificar os nós críticos do processo de busca pelo AL.



## 5. Metodologia

### 5.1. Caracterização do local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada por meio de dados levantados em um hospital público de Porto Alegre, referência no atendimento de situações de violência sexual e aborto legal e que possui equipe multiprofissional organizada, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A equipe estava composta por profissionais da área médica, enfermagem, psicologia e serviço social e é responsável pelo atendimento a vítimas de violência sexual, pacientes com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gestantes com IST, ginecologia integral, disfunções sexuais femininas e avaliações de solicitação de aborto legal. Nesse serviço, a média anual de atendimentos foi em torno de 1200 consultas, sendo aproximadamente um terço referentes a situações de violência sexual e seus agravos.

Em todos os casos de gravidez decorrentes de estupro foi necessária a confirmação da idade gestacional por ecografia e avaliação da situação psicossocial pela equipe multiprofissional. Os dados da história, sintomas psicológicos e/ou clínicos e demais informações pertinentes à paciente e à violência sofrida, bem como a discussão das questões que envolvem a tomada de decisão sobre o aborto foram registradas nos prontuários pelos profissionais. A equipe realiza reuniões semanais de rotina e também foram realizadas reuniões extraordinárias para discutir os casos de ILG entre os profissionais envolvidos no atendimento dos casos de AL. As questões discutidas nas reuniões foram registradas em livro de atas e os encaminhamentos clínicos nos prontuários.

### 5.2. Delineamento

Este foi um estudo transversal descritivo e retrospectivo que conjugou uma análise qualitativa e quantitativa dos dados.

### 5.3. Etapas da pesquisa

O estudo foi realizado em três etapas. Inicialmente, foi necessária a construção da série histórica dos casos atendidos na Instituição, desde o seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde no ano de 2000 até 2018, pois neste hospital não havia cadastro ou banco de dados que possibilitasse o acesso direto aos casos de AL. Os dados referentes aos atendimentos prestados eram registrados nos prontuários

clínicos, que após arquivados não permitiam a identificação do motivo da busca de atendimento. As situações de Violência e as avaliações de AL atendidas, desde a implantação do programa até 2012, eram realizadas pela equipe multiprofissional do ambulatório de IST/HIV, onde as anotações diárias de atendimento de todos os pacientes foram feitas por iniciativa da médica coordenadora do serviço, que indicava numa planilha, além do número do prontuário, a hipótese diagnóstica principal e secundária baseada no Código Internacional de Doenças - CID 10. O acesso a esse registro pessoal, possibilitou a identificação e o resgate dos casos atendidos nesse período. Assim, para a construção dessa série histórica, foi necessário analisar a listagem diária de atendimentos realizados nesse ambulatório durante 12 anos, somando em torno de 2000 atendimentos por ano, e cruzar os CIDs - Y05 Agressão sexual por meio de força física, - Y04 Agressão por meio de força corporal e T742 abuso sexual com os CIDs - Z35.1, Supervisão de gravidez com história de aborto, - Z32 Exame ou teste de gravidez, - Z32.0 Gravidez (ainda) não confirmada e Z32.1 Gravidez confirmada.

Ao mesmo tempo, essa anotação mais sistemática, identificando os abortos de gestações decorrentes de violência - ILG ou AL - era feita por alguns profissionais do Centro Obstétrico (CO), mas não como rotina por todos, havendo poucas informações que identificassem os casos decorrentes de violência sexual. Somente em 2009 no CO e em 2014 no ambulatório foi criado um livro de registros para todos os casos de AL realizados no hospital e apenas em 2014 passou-se a registrar também o total de casos avaliados e negados, informando os motivos da não realização do aborto legal.

Cabe ainda ressaltar, que não existe até o momento, um CID específico para os abortos decorrentes de violência sexual, ou demais abortos previstos em lei, tampouco um código de procedimentos hospitalares no SUS que identifique os diferentes tipos de aborto, o que foi um dificultador para a identificação dos casos.

A (re)construção da amostra da população atendida foi realizada manualmente, a partir da leitura das listagens de pacientes atendidas no período, selecionando todos os casos em que os diagnósticos descritos acima estavam associados. Em seguida foi realizada a leitura dos prontuários clínicos, sendo inicialmente levantados um total de 223 casos, dos quais 96 foram descartados, por não se tratar de aborto relacionado à violência sexual, ou por se tratar de casos em que o aborto não foi realizado. Obteve-se, assim, um total de 127 casos no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2018.

A partir identificação da população atendida neste serviço, realizou-se a análise do perfil sociodemográfico das mulheres que interromperam a gestação, bem como as características das situações de violência e do processo de interrupção legal da gestação, conforme protocolo de coleta de dados construído especificamente para esta pesquisa (Apêndice 1).

Os dados objetivos, coletados nas duas etapas iniciais da pesquisa foram lançados numa planilha MS-Excel e posteriormente tratados e analisados no SPSS. As variáveis foram examinadas por meio de valores absolutos e relativos, sendo incluídos todos os casos identificados.

A 3ª etapa da pesquisa refere-se à análise do percurso das mulheres que procuraram o serviço de referência para realização da interrupção legal da gestação, buscando identificar os diferentes aspectos que envolveram essa trajetória após uma violência sexual. Foram analisadas as dificuldades e barreiras enfrentadas, sendo que a reconstrução desse processo realizado à luz da metodologia das Rotas Críticas (SAGOT, 2007).

Essa metodologia foi inicialmente descrita, no estudo do percurso de mulheres vítimas de violência doméstica na busca de ajuda, em uma pesquisa realizada em dez países da América Latina. Trata-se da reconstrução da lógica de tomadas de decisões feitas por mulheres em situação de violência, a sequência de escolhas e ações, intercorrências, informações, apoios e obstáculos enfrentados nesse processo e que aqui também foi empregada para discutir e entender a trajetória das mulheres violentadas e seu processo de busca de ajuda. A partir das ações empreendidas pelas mulheres, pela resposta social obtida e pelo desfecho encontrado caracterizou-se o que Sagot descreveu como rota crítica (2007). Nesse tipo de estudo, as técnicas de análise são indutivas, orientadas pelo processo e pela observação. Assim, a partir dos relatos das situações de violência descritos nos prontuários, bem como dos registros de condutas e decisões clínicas de cada caso, propusemos nesta pesquisa, reconstruir o processo de revelação da violência sexual sofrida, os meios usados para obtenção de informações sobre o direito ao aborto, quais foram as dificuldades enfrentadas e/ou quais foram os apoios e facilitadores do processo. Através da própria coleta de dados da pesquisa, os conteúdos referentes ao percurso (rotas críticas) e dificuldades enfrentadas (nós críticos) foram descritos. O trabalho qualitativo consistiu em identificar e descrever a rota crítica da interrupção legal da gestação nos casos de

gravidez decorrente de estupro, buscando agrupar em categorias os casos e/ou situações através da análise de conteúdo.

Segundo Minayo, Sanches (1993), a abordagem qualitativa se propõe a compreensão de fenômenos específicos e complexos, como é o caso do tema desta pesquisa, possibilitando o estudo de grupos de pessoas ou situações que se aproximam em sua dinâmica ou configuração. Knauth, Leal (2014) referem que a complexidade dos temas da saúde coletiva exige a combinação de estratégias metodológicas de investigação. A análise qualitativa dos dados busca uma compreensão dos conteúdos latentes nos discursos, possibilitando um aprofundamento dos sentidos ou da dinâmica do processo ou situação que está sendo estudada (MINAYO, 2010). Nessa perspectiva, a análise de conteúdo buscou descrever o material emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas das pacientes descritas nos atendimentos, das discussões da equipe multiprofissional registrada nos prontuários ou livros de atas de reuniões, documentos anexados nos prontuários, bem como as condutas e decisões clínicas construídas para cada caso.

A fonte principal de dados foram os prontuários das pacientes. Neste hospital o prontuário eletrônico foi implantado em janeiro de 2017, mas ainda se mantém ativo o acesso aos prontuários físicos. Como dados subsidiários, foram acessadas as atas das reuniões de equipe, cadernos de registro de casos, portarias, normativas e demais dados disponíveis no serviço de referência e que ajudaram a elucidar a dinâmica do atendimento e a descrição, compreensão ou explicação das situações que envolvem a ILG dessas mulheres. Cabe ressaltar que a pesquisadora é uma das profissionais que compõe a equipe de referência, o que foi um facilitador para a reconstrução da série histórica de atendimentos e para o acesso aos dados dos casos atendidos. Foram excluídos os casos em que não foi possível a localização dos prontuários, bem como aqueles em que a ILG não foi realizada.

## 6. Aspectos éticos

A Pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foram coletados os dados do estudo, tendo sido aprovada sob parecer nº 2.926.060 da CONEP. A coleta e análise dos dados obedeceu a legislação vigente da CONEP para pesquisa com seres humanos: resolução 466/12 e resolução 510/2016.

Durante todo o processo, buscou-se assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato das participantes. Foi proposta a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por tratar-se de busca de dados em prontuário de pacientes que não estão mais em atendimento no hospital, com endereços e telefones não mais acessíveis, o que inviabilizou o contato para assinatura do termo. Foi preenchido o Termo de comprometimento com o sigilo dos dados coletados e uso específico para essa pesquisa e publicação de artigos científicos, preservando o anonimato dos sujeitos participantes. A pesquisadora e seu orientador são os únicos responsáveis pelo armazenamento dos dados, que serão guardados por cinco anos e após descartados conforme orientação da CONEP.

Os riscos da pesquisa foram considerados como mínimos, relacionados com o sigilo dos dados coletados. Esse risco foi prevenido pelo cuidado ético da confidencialidade já descrito.

Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados da pesquisa possam demonstrar e discutir dados pouco conhecidos referentes à ILG, permitindo através da publicação de artigos dar visibilidade ao tema e impulsionar essa discussão no meio acadêmico, bem como fornecer dados para o fomento de políticas públicas relacionadas ao direito do aborto em casos de violência sexual.

## **7. Resultados**

Os resultados deste estudo serão apresentados através de dois artigos. O primeiro - Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram a interrupção legal da gestação por violência sexual - apresenta a série histórica de abortos legais por decorrência de estupro realizados no período de 2000 a 2018, descreve o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas, analisa as características das situações de violência e da realização do procedimento de aborto legal. O segundo artigo - Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal - faz a análise do processo que envolveu a busca pelo aborto, discutindo diversos aspectos da rota crítica das mulheres para o exercício do direito ao aborto legal.

## 8. Capítulo 1

### Artigo: Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram a interrupção legal da gestação por violência sexual

#### RESUMO

**Apresentação e objetivos:** Este trabalho apresenta a construção da série histórica de atendimentos de mulheres que realizaram aborto em decorrência de violência sexual num hospital público de Porto Alegre, de 2000 a 2018, analisa o perfil sociodemográfico dessa população, caracteriza a violência sofrida e o procedimento do aborto legal. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, a partir da análise dos protocolos de atendimento e prontuários das pacientes. Os dados foram tabulados em planilha de MS-Excel e tratados e analisados no SPSS. As variáveis foram examinadas por meio de valores absolutos e relativos, sendo incluídos todos os casos identificados. **Resultados e discussão:** Obteve-se um total de 127 casos, havendo um aumento nos últimos anos. A maioria das mulheres eram adultas (59,8%), sendo a idade mínima de 10 e a máxima de 42 anos; Enquadraram-se como estupro de vulnerável 28,3%: 29 adolescentes menores de 14 anos e 7 deficientes. Quanto à raça, obtivemos 77,2% de brancas, 13,4% pretas, 7,9% pardas e 1,6% de indígenas. Em relação à escolaridade 42,1% têm ensino fundamental, 33,3% ensino Médio e 24,6% nível superior. A maioria (74,8%) era solteira, 12,6% casadas/união estável e 11,8% divorciadas/separadas e uma viúva. 43,3% eram moradoras de Porto Alegre, 29,9% da região metropolitana e 26,7% do interior do estado. 33,1% tinham trabalho remunerado, 54,3% estudantes e 12,6% nem trabalhavam, nem estudavam. Em 29,9% dos casos a violência sexual foi a 1ª relação e em 63,8% tratava-se da 1ª gravidez. A violência foi aguda em 74% dos casos e crônica em 26%. Em 68,5% dos casos houve registro policial. Em 44,9% o agressor era desconhecido da vítima e quando o agressor era conhecido (27%) em geral tratava-se de violência crônica, cujos agressores eram familiares da vítima. Observou-se um percentual de 23,6% em que o agressor foi referido como *identificável*: não é da relação social da vítima, mas ela sabe quem é. Entre os meios de coerção foram encontradas: força física (41,7%), ameaças (33,8%), arma/faca (25,2%), substância psicoativa (28,3%), sedução (9,4%). Chegaram ao serviço no 1º trimestre de gestação 68,5% das mulheres e o tempo médio em dias até o aborto foi de 11,4. O tempo de internação foi em média de 2,98 dias **Conclusões:** Observou-se que a maioria das pacientes que fizeram ILG eram adultas, brancas, moradoras de Porto Alegre. Apesar de pesquisas mostrarem um índice maior de violência contra crianças e adolescentes, a chegada ao serviço de aborto legal é maior na idade adulta, o que pode decorrer da maior vulnerabilidade na adolescência, sendo que a pouca autonomia e conhecimento limitado podem ser fatores que aumentam a dificuldade de chegada ao serviço em caso de gravidez por violência sexual.

Palavras-chave: aborto legal; violência sexual; interrupção da gestação; mulheres

## ABSTRACT

**Presentation and objectives:** This paper presents the construction of the historical series of care provided to women who had an abortion as a result of sexual violence in a public hospital in Porto Alegre, from 2000 to 2018, analyzes the sociodemographic profile of this population, characterizes the violence suffered and the procedure of legal abortion. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study, based on the analysis of the patient's care protocols and medical records. The data were tabulated in an MS-Excel spreadsheet and then transferred and analyzed in SPSS. The variables were examined using absolute and relative values, all the identified cases. **Results and discussion:** A total of 127 cases were obtained, with a increase in recent years. Most women were adults (59.8%), with a minimum age of 10 and a maximum of 42 years; 28.3% were classified as vulnerable rape: 29 were adolescents under 14 years old and 7 were disabled. As for race, we obtained 77.2% white, 13.4% black, 7.9% brown and 1.6% indigenous. Regarding education, 42.1% have elementary education, 33.3% high school and 24.6% higher education. The majority (74.8%) were single, 12.6% married / in a stable relationship and 11.8% divorced / separated and one widow. 43.3% lived in Porto Alegre, 29.9% in the metropolitan region and 26.7% in the interior of the state. 33.1% had paid work, 54.3% students and 12.6% neither worked nor studied. In 29.9% of cases, sexual violence was the first sexual relation and in 63.8% it was the first pregnancy. Violence was acute in 74% of cases and chronic in 26%. In 68.5% of the cases there was a police record. In 44.9% the aggressor was unknown to the victim and when the aggressor was known (27%) it was generally chronic violence; whose aggressors were the victim's family. A percentage of 23.6% was observed in which the aggressor was referred to as identifiable: it is not from the victim's social relationships, but she knows who it is. Among the means of coercion were found: physical strength (41.7%), threats (33.8%), weapon / knife (25.2%), psychoactive substance (28.3%), seduction (9.4%). 68.5% of women arrived at the service in the first trimester of pregnancy and the average time in days until abortion was 11.4. The length of stay was an average of 2.98 days. **Conclusions:** It was observed that the majority of patients who had ILG were adults, white, living in Porto Alegre. Although research shows a higher rate of violence against children and adolescents, the arrival at the legal abortion service is higher in adulthood, which can result from greater vulnerability in adolescence, and the little autonomy and limited knowledge can be factors that increase the difficulty of arriving at the service in case of pregnancy due to sexual violence.

Keywords: legal abortion; sexual violence; termination of pregnancy; women



## 1. Introdução

O presente artigo analisa os procedimentos de Interrupção legal de gestações (ILG) decorrentes de violência sexual, realizados em um hospital público, na cidade de Porto Alegre, entre os anos de 2000 e 2018. A pesquisa partiu da construção da série histórica dos casos desde a implantação do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, para em seguida analisar o perfil sociodemográfico das mulheres que acessaram o serviço e entender as principais características envolvidas no processo que vai da situação de violência sexual sofrida até o aborto legal realizado.

Porto Alegre se antecipou em três anos em relação às normativas federais e, no ano de 1996, promulgou a lei 7781 que dispõe sobre o atendimento a vítimas de violência sexual e a realização da interrupção legal da gestação nos hospitais pertencentes ou conveniados ao SUS no município (PORTO ALEGRE, 1996). Esse atendimento foi regulamentado no ano seguinte pelo decreto 11784 que criou o Programa Atendimento Integral às Vítimas de Violência Sexual (PORTO ALEGRE, 1997). Assim, a Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com diferentes setores, entre eles representantes da Coordenação de Direitos Humanos e Cidadania, Gabinete do Prefeito Municipal de Porto Alegre, do Instituto Médico Legal, dos Hospitais conveniados e de organizações da sociedade civil, iniciou a sistematização e a organização dos atendimentos à violência sexual, com diretrizes para a criação de equipes de referência e para o funcionamento dos hospitais na realização do aborto nas situações permitidas em lei.

O Hospital onde se realizou este estudo participou da implementação destas diretrizes desde a sua municipalização, ocorrida no ano de 2000, já como referência para atender situações de violência sexual e para a realização do aborto em caso de gravidez decorrente. Com base na lei municipal e na primeira Norma Técnica (NT) de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 1999), a organização do serviço previa a oferta de um atendimento humanizado às pessoas após exposição à violência sexual, garantindo os cuidados de saúde imediatos, como o uso de profilaxias para combate de IST/HIV e contracepção de emergência, num período máximo de 72 horas após o ocorrido, organizando também o fluxo para a realização da ILG em casos de gravidez (WARTCHOW, 2003).

No Brasil, o direito de interromper uma gravidez decorrente de estupro está previsto legalmente desde 1940 pelo decreto-lei 2848 - Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940). Entretanto, apenas em 1989, passados quase 50 anos, o primeiro serviço de aborto legal foi criado, no Hospital de Jabaquara em São Paulo. Esse serviço é considerado pioneiro na América Latina tanto em oferecer o aborto legal de forma gratuita como por ter se adiantado em uma década em relação às orientações do Ministério da Saúde em sua 1ª normativa sobre o tema, publicada apenas em 1999 (COLÁS *et al*, 2007).

A primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde trata sobre a realização do abortamento legal no Sistema Único de Saúde (SUS), e define que as mulheres que decidem pelo aborto em caso de gravidez resultante de estupro devem ser avaliadas por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 1999). Inicialmente, previa-se o registro de boletim de ocorrência policial para ter acesso ao procedimento, mas essa exigência mudou a partir de 2005, com a atualização da norma e o reconhecimento de que seria necessária apenas a narrativa da mulher para averiguar a presença de violência sexual, excluindo-se assim, a obrigatoriedade da denúncia na delegacia de polícia (BRASIL, 2005). Neste mesmo ano, através da Portaria 1508, o Ministério da Saúde estabeleceu os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gestação nos casos previstos em lei, em que são definidos os documentos e protocolos a serem preenchidos pela equipe de assistência e pela mulher que solicita o aborto (BRASIL, 2005). Esses documentos são formatados em cinco Termos: 1. Termos de consentimento livre e esclarecido - em que consta a declaração da mulher ou de seu representante legal pela escolha do aborto e a ciência da possibilidade de levar a gestação à termo e das alternativas existentes para esse caso, informando também sobre os riscos do procedimento e sobre a assistência prestada; 2. Termo de responsabilidade - que informa sobre o enquadramento legal do procedimento; 3. Termo de Relato circunstanciado - em que é descrita a situação de violência sexual sofrida; 4. Parecer Técnico - que atesta a compatibilidade da Idade gestacional com a data alegada da violência sexual; 5. Termo de aprovação do procedimento de Interrupção de gestação - que informa o consenso da equipe multiprofissional sobre a realização do aborto solicitado e que deve ser assinado por pelo menos três profissionais de diferentes áreas do serviço.

Esses termos devem ser anexados ao prontuário clínico das mulheres, com atenção ao respeito da confidencialidade. O prazo previsto para a interrupção da gravidez é de 20 semanas de gestação, podendo ser de até 22 semanas, desde que haja uma avaliação criteriosa e certificação do peso do concepto de até 500 g (BRASIL, 2012).

Em 2013, através da Portaria 528, o Ministério da Saúde define a regulamentação dos serviços para atendimento integral a pessoas em situação de violência e também os serviços de atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei. Os chamados “Serviços de Aborto Legal” são descritos como equipes multidisciplinares compostas por ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros que trabalham no atendimento à violência sexual e também na realização do aborto permitido em lei, em hospitais de referência do SUS (BRASIL, 2013).

O fluxo de atendimento às situações de violência no hospital em que se desenvolveu esta pesquisa, envolveu principalmente três setores: a emergência do Centro Obstétrico (CO) - com funcionamento 24 horas e o Centro de Referência ao atendimento infanto-juvenil (CRAI) - com horário comercial, ambos responsáveis pela 1ª acolhida; e o Serviço de Atenção Integral à Saúde Sexual (SAISS), composto por uma equipe multiprofissional responsável pela avaliação e seguimento ambulatorial dos casos. No fluxo da instituição, a partir da constatação de gravidez nas situações de violência sexual, acolhidas tanto na emergência quanto no centro de referência, o encaminhamento é feito com urgência para a equipe multiprofissional do SAISS, responsável pela avaliação e cuidados de saúde física e mental, informação de direitos e processo decisório sobre o aborto. Para a realização do aborto, as mulheres precisam ser reencaminhadas ao CO, juntamente com os pareceres técnicos e documentos preconizados pela Norma Técnica e pela Portaria 1508 do Ministério da Saúde, onde são internadas para o procedimento. A organização desse fluxo de trabalho foi sendo modificada e aprimorada ao longo dos anos, com modificações baseadas na experiência da equipe e adaptações às leis e normas vigentes.

Embora a legislação brasileira permita a realização de aborto em caso de estupro e que o poder executivo tenha estabelecido e incentivado a criação de serviços para este fim, o acesso a esse procedimento ainda não é garantido para as todas as mulheres, pois barreiras persistentes impedem que leis e políticas aumentem o acesso aos serviços. Ainda há muita falta de informações sobre esse direito e sobre os serviços existentes (TRUONG e WOOD, 2018). Pesquisa realizada entre 2013 e

2015 demonstrou que não houve uma mudança significativa no cenário do país desde a criação da primeira normativa do MS, em relação ao número de serviços existentes. Além disso, muitos serviços de referência não são ativos, sendo que, dos 68 serviços cadastrados, apenas 37 haviam realizado pelo menos uma interrupção de gravidez decorrente de estupro. Os serviços ativos estavam distribuídos em 20 unidades da Federação (5 na região Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-Oeste, 6 no Sul e 12 no Sudeste), sendo que 7 estados não tinham nenhum serviço ativo. Existia mais de um serviço cadastrado em apenas 6 estados e somente em 4 deles havia serviços localizados fora da capital. Algumas das instituições ainda exigiam Boletim de Ocorrência Policial (BO), laudo do Instituto Médico Legal, ou alvará judicial para o procedimento, o que não está previsto na Norma Técnica. O total de atendimentos com solicitação de aborto legal nesse período foi feito por 5075 mulheres, mas apenas 2442 realizaram o aborto, sendo que 80% dos procedimentos foram realizados em um único hospital da região sudeste (MADEIRO e DINIZ, 2016).

O Brasil é signatário de diversas Convenções e Tratados Internacionais pactuadas pelo combater a todas as formas de discriminação e de violência contra a mulher: Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979); Convenção de Belém do Pará (1994); Conferência do Cairo (1994). No entanto, seguimos com estatísticas alarmantes de violência em nosso país. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública registrou 66.041 estupros no ano de 2018, demonstrando um aumento de 4,1% dos casos (BUENO; LIMA, 2019). Ainda assim, trata-se de dados subnotificados, representando um percentual estimado entre 10% a 20% do que realmente ocorre. Pesquisas demonstram que em torno de 7% das mulheres vítimas de estupro acabam engravidando (CERQUEIRA e COELHO, 2014; BLAKE, 2015), havendo, portanto, uma probabilidade de mais de 20.000 gestações decorrentes de estupro a cada ano no Brasil. Ampliar o conhecimento sobre as situações de violência, sobre os serviços de atendimento e sobre as mulheres que buscam o direito ao aborto legal é fundamental para o fortalecimento de políticas públicas e garantia dos direitos das mulheres nessas situações.

Deste modo, o presente artigo analisará a descrição quantitativa dos dados, com ênfase: a) na série histórica dos atendimentos desde 2000 até 2018; b) no perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram o AL neste hospital; c) na caracterização das situações de violência; d) e na análise do procedimento de AL.

## 2. Metodologia

Este é um estudo descritivo de natureza quantitativa, documental e retrospectivo. A totalidade dos casos foi obtida a partir da construção da série histórica de mulheres que realizaram aborto por violência sexual entre os anos de 2000 e 2018, num hospital público da cidade de Porto Alegre. Inicialmente foi necessária a busca de dados para a construção da série histórica desde o credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde no ano de 2000, pois não havia na Instituição o registro desses procedimentos de modo sistematizado: nem o Centro Obstétrico (CO) e nem a equipe ambulatorial registravam os casos como Aborto legal ou Interrupção Legal da Gestação. No CO, por exemplo, os registros da baixa e/ou alta hospitalar nem sempre mencionavam a violência sexual ou estupro e as anotações eram genéricas informando dados clínicos tais como aborto retido, aborto incompleto, aborto infectado, ou apenas aborto; e no ambulatório, os atendimentos e informações clínicas eram registrados nos prontuários das pacientes, não havendo um banco de dados ou livro de registros específico que apontasse essas situações.

Desde a implantação do programa até 2012, as situações de violência e as avaliações de AL eram atendidas, no ambulatório, pela equipe multiprofissional de IST/HIV, onde as anotações diárias de atendimento de todos os pacientes eram feitas por iniciativa da médica da equipe, que indicava numa planilha, o nome, número do prontuário e a hipótese diagnóstica principal e secundária baseada no Código Internacional de Doenças - CID 10. O acesso a esse registro pessoal<sup>1</sup>, possibilitou a identificação e o resgate dos casos atendidos nesse período. Assim, para a reconstrução dessa série histórica, foi necessário analisar a listagem diária de atendimentos realizados nesse ambulatório e cruzar os CIDs - Y05 Agressão sexual por meio de força física, - Y04 Agressão por meio de força corporal e T742 abuso sexual com os CIDs - Z35.1, Supervisão de gravidez com história de aborto, - Z32 Exame ou teste de gravidez. - Z32.0 Gravidez (ainda) não confirmada e Z32.1 Gravidez confirmado. Essa anotação mais sistemática, identificando os abortos de gestações decorrentes de violência - ILG ou AL - era feita por alguns profissionais do Centro Obstétrico (CO), mas não como rotina por todos. Somente em 2009 no CO e em 2014 no ambulatório foi criado um livro de registros para todos os casos de Aborto

---

<sup>1</sup> Registros de atendimentos diários cedidos pela Dra. Jaqueline VillasBoas e Silva.

Legal realizados e apenas em 2014 passou-se a registrar todas os casos avaliados, informando também os motivos da negativa de realização do aborto legal. Cabe ainda ressaltar, que não existe até o momento, um CID específico para os abortos decorrentes de violência sexual, tão pouco um código de procedimentos hospitalares no SUS que identifique os diferentes tipos de abortos.

A partir desse levantamento surgiu uma amostra inicial de 223 casos, dos quais 96 foram descartados por não se tratar de aborto relacionado à violência sexual, ou por se tratar de casos em que o aborto não foi realizado. Obteve-se, assim, um total de 127 casos no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2018.

A partir da série histórica construída, a coleta de dados foi realizada nos prontuários clínicos e descrito em protocolo específico criado para essa pesquisa. Os dados foram tabulados em planilha de MS-Excel e tratados e analisados no SPSS. As variáveis foram examinadas por meio de valores absolutos e relativos, sendo incluídos todos os casos identificados.

### 3. Resultados e discussão

#### 3.1. Série histórica de Abortos Legais por violência sexual

Um dos resultados da pesquisa foi dimensionar o número de casos de ILG atendidas nesse serviço, chegando a um total de 127 casos em 18 anos de atendimento. Cabe ressaltar que a não sistematização das informações relacionadas ao Aborto legal, foi um importante obstáculo, podendo haver mais casos que não tenham sido localizados devido ao distanciamento temporal desde o ano da implantação do Programa até hoje. O gráfico a seguir demonstra a distribuição da amostra no decorrer dos anos analisados.

**Gráfico 1: Série histórica de abortos legais por violência sexual realizados num hospital público de referência na cidade de Porto Alegre, de 2002 a 2018.**



Percebe-se a evolução numérica dos atendimentos no decorrer dos anos, com um significativo aumento de procedimentos a partir de 2014. Nos dois primeiros anos do Programa não foram localizados registros de aborto decorrente de violência sexual. Somente em 2002 houve o 1º procedimento e, nos anos seguintes, observa-se uma média muito baixa de casos por ano. Nos últimos quatro anos, o número de interrupções legais de gestação passou de 15 por ano em 2014 para 29 procedimentos em 2018.

O que desencadeou este aumento no número de casos? A partir da leitura dos registros clínicos dos relatos dos atendimentos das mulheres, observa-se que a descoberta sobre o direito ao aborto acontece apenas após a confirmação da gravidez. Nas evoluções clínicas aparecem referências a essa desinformação das mulheres em relação ao direito de interromper a gestação. As orientações ou informações para a busca do aborto deram-se em encaminhamentos feitos por diversos setores da sociedade, entre eles: os serviços de saúde (32%), com destaque para as Unidades Básicas de Saúde; os órgãos de segurança ou proteção (39%) - delegacias, judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar; e ainda, uma boa parte das mulheres (9%), principalmente no grupo das adultas, chegou ao serviço com a ajuda de um(a) amigo(a) que tinha conhecimento sobre o aborto legal. A partir de 2015, percebe-se a referência pela busca de informações na internet (11%). As mulheres referem ter digitado a palavra “aborto” ou “como fazer um aborto” e terem descoberto a existência do atendimento a vítimas de violência sexual e do aborto legal e, conseqüentemente, encontrado o hospital como referência. Pode-se inferir que o aumento do número de casos é multicausal, passando por uma maior disseminação da informação sobre o direito ao aborto legal, sendo que os encaminhamentos vieram de diversas origens. A construção de uma rede de atendimento, com diversos setores da sociedade cientes do direito ao aborto e a organização dos fluxos entre esses setores, pode ser considerada um dos potencializadores desse aumento. O papel dos profissionais da atenção básica revelou-se uma referência importante na busca de ajuda pelas mulheres, assim como os órgãos de segurança e proteção, representando juntos quase 70% das fontes de informação sobre o direito ao aborto.

Um dado que temos disponível de modo mais preciso a partir de 2014, por conta da natureza dos registros realizados a partir desta data, diz respeito à proporção entre mulheres que chegaram ao hospital buscando o aborto legal e aquelas que efetivamente realizaram o procedimento. Entre 2014 e 2018, das 145 mulheres que acessaram o serviço, somente 93 interromperam a gestação, o que representa 64% dos casos. Comparado com o resultado da pesquisa nacional sobre os serviços de aborto no Brasil, em que apenas 48% das mulheres que chegaram aos serviços de referência conseguiram realizar o aborto legal (MADEIRO; DINIZ, 2016), o percentual do serviço mostrou-se superior, mas ainda assim demonstrando um alto índice de mulheres que, mesmo chegando ao serviço, não interromperam a gestação.



Houve diferentes motivos nas negativas de ILG, entre eles: a incompatibilidade entre a idade gestacional e a data alegada do estupro, demonstrando que a gravidez em curso não era decorrente da violência sofrida; a chegada ao serviço com gravidez avançada e, portanto, incompatível com a indicação de aborto; ou ainda a decisão da mulher em assumir a gestação e seguir em pré-natal. Entre os casos não encaminhados para o procedimento, foram registrados também as situações de abandono da avaliação, sem resposta aos contatos de busca ativa realizados pelo serviço, o que ocorreu apenas com mulheres maiores de 18 anos. Nos casos de menores de 18 anos foi acionado o Conselho Tutelar para o seguimento da avaliação, sendo este trabalho em rede percebido como um facilitador do processo. Não houve registro de casos em que a mulher tenha optado por seguir com a gestação e optado pelos procedimentos de doação para adoção.

### 3.2. Quem são as mulheres que chegam ao serviço?

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres que realizaram Interrupção Legal da Gestação por violência sexual num Hospital Público de referência, por faixa etária – Porto Alegre, de 2002 a 2018.**

Faixa etária	< 14 anos	≥ 14 e < de 18 anos	≥ 18 anos	N (%)*
	29 (22,8%)	22 (17,3%)	76 (59,8%)	127 (100%)
<b>Raça/cor</b>				
Branca	20 (15,7%)	18 (14,2%)	60 (47,2%)	98 (77,2%)
Preta	05 (3,9%)	02 (1,6%)	10 (7,8%)	17 (13,3%)
Parda	04 (3,1%)	01 (0,8%)	05 (3,9%)	10 (7,8%)
Indígena	0 (0%)	01 (0,8%)	01 (0,8%)	02 (1,6%)
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	0 (0%)	01 (0,8%)	01 (0,8%)	02 (1,6%)
EFI	27 (21,3%)	15 (11,8%)	02 (1,6%)	44 (34,6%)
EFC	01 (0,8%)	01 (0,8%)	05 (3,9%)	07 (5,5%)
EMI	01 (0,8%)	04 (3,1%)	05 (3,9%)	10 (7,8%)
EMC	0 (0%)	01 (0,8%)	31 (24,4%)	32 (25,2%)
ESI	0 (0%)	0 (0%)	17 (13,4%)	17 (13,3%)
ESC	0 (0%)	0 (0%)	14 (11%)	14 (11%)
Déficit cognitivo	0 (0%)	05 (3,9%)	02 (1,6%)	07 (5,5%)
<b>Situação conjugal</b>				
Solteira	29 (19,7%)	21 (16,5%)	45 (35,4%)	95 (74,8%)
Casada/U. estável	0 (0%)	0 (0%)	16 (12,6%)	16 (12,6%)
Separada	0 (0%)	0 (0%)	15 (11,8%)	15 (11,8%)
Viúva	0 (0%)	0 (0%)	01 (0,8%)	01 (0,8%)
<b>Local de origem</b>				
Porto Alegre	07 (5,5%)	09 (7%)	39 (30,7%)	55 (43,3%)
R. Metropolitana	10 (7,8%)	06 (4,7%)	22 (17,3%)	38 (29,9%)
Interior	12 (9,44%)	08 (6,3%)	13 (10,2%)	33 (26%)
<b>Ocupação</b>				
Estudante	30 (23,6%)	18 (14,1%)	21 (16,5%)	69 (54,3%)
Trab. Remunerado	0 (0%)	01 (0,8%)	41 (32,2%)	42 (33,1%)
Outro	0 (0%)	02 (1,6%)	14 (11%)	16 (12,6%)
<b>VS x 1� relação</b>				
Sim	27 (21,2%)	09 (7%)	02 (1,6%)	38 (29,9%)
Não	04 (3,1%)	10 (7,8%)	74 (58,2%)	88 (69,8%)
<b>Contracepção</b>				
Sim	01 (0,8%)	0 (0%)	06 (4,7%)	07 (5,5%)
Não	29 (19,7%)	21 (16,5%)	68 (53,5%)	118 (92,9%)
Pílula dia seguinte	0 (0%)	0 (0%)	16 (12,6%)	16 (12,6%)
<b>N�Filhos</b>				
Sem filhos	30 (23,6%)	20 (15,7%)	38 (29,9%)	88 (69,3%)
1 filho	0 (0%)	0 (0%)	16 (12,6%)	16 (12,6%)
2 ou mais	0 (0%)	01 (0,8%)	22 (17,3%)	23 (18,1%)
Aborto prévio	0 (0%)	01 (0,8%)	06 (4,7%)	07 (5,5%)

\*Totais podem divergir pelo nó de não respostas

Verificou-se que a maioria das mulheres (59,8%) que realizaram a interrupção legal da gestação em decorrência de Violência sexual são adultas, sendo a idade média da população estudada de 22 anos. No grupo analisado, a mais jovem tinha 10 anos e mais velha 42 anos. Percebe-se uma média de idade superior ao que foi demonstrado por Faúndes; Bazerlatto (2004), que constataram que a distribuição de acordo com a faixa etária em mulheres grávidas de uma violência sexual não era homog nea, mas que

havia uma prevalência entre 15 e 19 anos. Assim também MADI *et al.* (2010) apontou uma idade média de 19 anos em um estudo com 243 pacientes em situação de violência sexual com ocorrência ou não de gravidez. Os dados analisados neste estudo mostraram uma média etária similar ao encontrado por Pedroso (2010) que foi de 22,8 anos entre mulheres que realizaram o aborto legal em um hospital de referência em São Paulo.

Em comparação com os dados de violência sexual notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), percebe-se uma maioria de casos (68%) referente a menores de 18 anos (CERQUEIRA, 2018), o que também diverge do percentual de 40,15% de adolescentes da população estudada. Pode-se inferir que as adolescentes chegam menos ao serviço de referência para solicitar um aborto legal. Cerqueira; Coelho (2014), referem que a probabilidade de realização de um aborto legal é menor para crianças e adolescentes, pois há uma maior interferência familiar na decisão, o que pode explicar os dados encontrados neste serviço. É necessário considerar ainda, as diferenças na possibilidade de chegada ao atendimento relacionadas à escolaridade e local de moradia, de modo que, quanto menor a escolaridade e mais afastado dos centros urbanos for o local de moradia, maiores são as chances de não ter acesso ao serviço. Essa hipótese foi apontada por Madeiro; Diniz (2016), a partir da análise de 1.283 prontuários em 5 serviços de referência em aborto legal, um de cada região do país, destacando que 38% dos abortos foram de crianças e adolescentes, dado semelhante ao encontrado no serviço estudado. Pedroso (2010) também aponta que adolescentes têm menor chance de realizar um aborto decorrente de violência sexual na medida em que possuem pouca autonomia e, em geral, a percepção da gravidez se dá a partir de um familiar ou responsável, acarretando a chegada tardia aos serviços.

Cabe ressaltar o alto percentual de adolescentes menores de 14 anos (n=29=22,8%) na população estudada, sendo que a idade mais precoce pode acentuar o grau de vulnerabilidade dessas vítimas. O artigo 217-A do Código Penal Brasileiro (1940) foi incluído pela Lei 12.015 de 2009 e define que, “*ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos de idade*” é crime, independente do consentimento da vítima e caracterizado como estupro de vulnerável. Incorrendo também nessa mesma infração a prática de ato sexual ou libidinoso com pessoa incapacitada de oferecer resistência por enfermidade ou deficiência mental, que não tenha necessário discernimento para a prática do ato ou não puder oferecer resistência, mesmo já sendo

adulta. Somam-se assim, nesse grupo caracterizado como estupro de vulnerável mais 7 mulheres com deficiência mental, cinco adolescentes maiores de 14 anos e duas adultas, perfazendo 28,3%.

Em relação a raça, temos 77,2% de brancas, 13,4% pretas, 7,9% pardas e 1,6% de indígenas. Segundo Bueno; Lima (2019), em âmbito nacional 51% das mulheres vítimas de estupro entre os anos de 2017 e 2018 foram negras, mas ainda assim, as denúncias nos órgãos públicos de proteção ainda são maiores pelas mulheres brancas (25%) em comparação com as negras (21%). Estudos anteriores também apontaram para uma maioria de mulheres brancas que acessaram os serviços (Pedroso, 2010; Madi et al, 2010). Na comparação com os dados do IBGE no estado do Rio Grande do Sul (RS) em 2017, onde o percentual de pretos e pardos na população é de 18,2% e de 81,5% de brancos, vemos uma proporção levemente maior de mulheres pardas e negras no grupo de mulheres que fizeram o AL.

Quanto à escolaridade, 42,1% das mulheres têm ensino fundamental (completo ou incompleto), 33,3% ensino Médio (completo ou incompleto) e apenas 24,6% têm nível superior completo ou em andamento. No entanto, se analisarmos a parte da amostra referente aos dois últimos anos, percebe-se uma diferenciação nesse perfil, tanto em relação à idade quanto ao nível de escolaridade. Nos anos de 2017 e 2018, onde temos concentrados em torno de um terço da amostra estudada (37,8%), vemos que 81,2% das mulheres são adultas e 56,4% possuem nível superior. Esse dado pode indicar que chegam ao serviço as mulheres com maior acesso à informação e entendimento de seus direitos, o que também pode explicar o aumento do número de casos atendidos, demonstrado no gráfico 1 (Série histórica de AL). Cerqueira (2018), analisando os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do SINAN, descreve uma maior proporção dos estupros reportados em mulheres com ensino médio completo. Segundo o pesquisador, esse dado é destoante do perfil de escolaridade da população em geral, em que a proporção de mulheres com nível escolar abaixo do ensino médio completo é maior do que a proporção das que possuem essa escolaridade. Assim, essa maior notificação pode estar relacionada a uma maior propensão das mulheres escolarizadas em buscar auxílio nos serviços disponíveis.

Em relação ao estado civil, a maioria (74,8%) referiu ser solteira, 12,6% casadas ou em união estável e 11,8% separadas ou divorciadas, sendo que apenas uma informou ser viúva. Pedroso (2010) demonstrou que a maioria das mulheres que buscaram o AL

eram solteiras (76,3%) associando esse índice ao percentual de adolescentes da amostra, o que também pode ser observado em nosso estudo.

Quase metade das mulheres (43,3%) são moradoras de Porto Alegre, 29,9% são oriundas da região metropolitana e 26,7% do interior do estado. A maior distância percorrida para fazer o Aborto Legal foi 446 km e a menor foi de 1 km. Estudo realizado por Madeiro; Diniz (2016) demonstrou que o número de hospitais que aceitam realizar esse tipo de procedimento ainda é pequeno no Brasil. Em 2015 havia 68 hospitais cadastrados junto ao Ministério da Saúde como referência para o Aborto Legal, sendo que apenas 35 haviam realizado pelo menos um aborto no período da pesquisa, que contabilizou dados de dois anos atendimentos. No Rio Grande do Sul temos atualmente oito hospitais como referência para a realização da ILG, sendo quatro localizados em Porto Alegre, um na região metropolitana e 3 no interior do estado (Brasil, CNES 2019). O pequeno número de serviços e a distância a ser percorrida, certamente ainda é um dos grandes obstáculos para o acesso ao direito do aborto.

Quanto à ocupação laboral, apenas 33,1% das mulheres exerciam trabalho remunerado, 54,3% eram estudantes e 12,6% não estavam nem trabalhando, nem estudando. O dado relativo à renda não foi possível ser analisado, pois não foi informado na maioria dos protocolos (75%) e quando descrito referia-se a renda familiar e não ao provento da mulher em atendimento.

A violência sexual foi a primeira relação sexual para 29,9% das mulheres. Considerou-se nessa análise, como 1ª relação, também os abusos crônicos pelo mesmo agressor, quando não houve relato de outra atividade sexual até a gravidez. A gestação decorrente do estupro foi a 1ª gravidez em 63,8% dos casos, sendo que 12,6% das mulheres tinham um filho e 18,1% informaram ter dois filhos ou mais. Uma parcela pequena (5,5%) referiu fazer uso de anticoncepção no momento da violência e 12,6% tomaram a pílula do dia seguinte até 72 horas após o estupro, fato descrito a partir de 2016 por mulheres maiores de 18 anos. Apenas 7 mulheres (5,5%) referiram ter pelo menos um aborto prévio.

### 3.3. Tipificação da violência

**Tabela 2. Caracterização da violência sexual sofrida pelas mulheres que realizaram Interrupção Legal da Gestação num Hospital Público de referência, por faixa etária – Porto Alegre, de 2002 a 2018.**

Faixa etária	< 14 anos	≥ 14 e < de 18 anos	≥ 18 anos	N (%)
	29 (22,8%)	22 (17,3%)	76 (59,8%)	127 (100%)
<b>Tipo de Violência</b>				
V. Crônica	18 (14,2%)	11 (8,6%)	04 (3,1%)	33 (26%)
V. pontual	11 (8,6%)	11 (8,6%)	72 (56,7%)	94 (74%)
BOP	29 (22,8%)	22 (17,3%)	36 (28,3%)	87 (68,5%)
<b>Agressor</b>				
Desconhecido	04 (3,1%)	06 (4,7%)	47 (37%)	57 (44,9%)
Identificável	08 (6,3%)	03 (2,3%)	19 (15%)	30 (23,6%)
Pai/padrasto	09 (7%)	10 (7,9%)	02 (1,6%)	21 (16,5%)
Outro familiar	05 (3,9%)	03 (2,3%)	02 (1,6%)	10 (7,8%)
Ex-marido/nam.	0 (0%)	0 (0%)	04 (3,14%)	04 (3,1%)
Namorado	03 (2,3%)	0 (0%)	0 (0%)	03 (2,4%)
<b>Local da violência</b>				
Público	04 (3,1%)	08 (6,3%)	33 (26%)	45 (35,4%)
Privado	23 (18,1%)	14 (11%)	42 (33%)	79 (62,2%)
<b>Outras violências</b>				
Sim	04 (3,14%)	09 (7,08%)	18 (14,1%)	31 (24,4%)
Não	25 (19,68%)	13 (10,23%)	58 (45,6%)	96 (75,6%)
<b>Registro policial</b>				
Sim	29 (22,8%)	22 (17,3%)	36 (28,3%)	87 (68,5%)
Não	00 (0%)	00 (0%)	40 (31,5%)	40 (31,5%)
<b>Constrangimento</b>				
Força física	11 (8,6%)	08 (6,3%)	34 (26,7%)	53 (41,7%)
Ameaças	12 (9,4%)	08 (6,3%)	23 (18,1%)	43 (33,8%)
Arma de fogo/faca	03 (2,3%)	05 (3,9%)	24 (18,9%)	32 (25,2%)
Álcool/outra droga	02 (1,6%)	07 (5,5%)	27 (21,2%)	36 (28,3%)
Sedução	11 (8,6%)	01 (0,8%)	0 (0%)	12 (9,4%)
Dinheiro	02	01	0 (0%)	03 (2,3%)
<b>N° agressores</b>				
1	27 (21,2%)	17 (13,3%)	53 (41,7%)	97 (76,3%)
2 ou mais	02 (1,6%)	0 (0%)	10 (7,8%)	12 (9,3%)

\*Totais podem divergir pelo n° de não respostas

As situações de violência foram episódios únicos (violência aguda) em 74% dos casos. Observou-se que a violência crônica ou recorrente (26%) nesta amostra está associada, na maioria dos casos (22,8% n=29) à população de adolescentes, havendo apenas 4 casos (3,5%) de mulheres maiores de 18 anos cuja gravidez foi decorrente de violência crônica. Segundo Cerqueira (2018), nos casos em que a vítima conhece seu agressor, na maioria das vezes trata-se de uma violência sexual que já aconteceu anteriormente, o que não é observado com tanta frequência quando o agressor é desconhecido. Esse aspecto também foi discutido em uma pesquisa realizada entre jovens de algumas regiões da África, Ásia e América Latina e revelou “que entre 5% e 20% da primeira experiência sexual das adolescentes foi forçada. Esse percentual chegou a 40% em um estudo de mulheres jovens, entre 10 a 24 anos de idade.

*Independentemente de terem ou não acesso à contracepção, o ato sexual forçado é em geral desprotegido, expondo as mulheres não só à gravidez indesejada, mas também às Infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV” (VAN LOOK e COTTINGHAM, 2002 apud Blake, p.17)<sup>2</sup>.*

A denúncia policial foi realizada em 68,5% das situações, sendo que todos os casos envolvendo crianças e adolescentes (40,15%) foram comunicados à autoridade policial. Pode-se inferir que, no fluxo organizado por este serviço, seguem-se as prerrogativas do entendimento jurídico de vulnerabilidade de que trata o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e o artigo 66 da lei de Contravenções Penais, onde os casos em que o indivíduo não contar 18 anos de idade ou for considerado “vulnerável”, a ação penal contra o criminoso será pública incondicionada, ou seja, será promovida pelo Ministério Público e não depende de nenhuma manifestação de vontade da vítima, exigindo sua notificação aos órgãos externos de segurança e proteção (BRASIL, 2011). Por outro lado, pode-se perceber que quando facultada às mulheres a decisão de denunciar à polícia, esse percentual é muito baixo (28,3%), o que ratifica conclusões de pesquisas anteriores sobre a subnotificação das situações de violência, cuja estimativa é de que os dados divulgados pelos órgãos oficiais representem apenas entre 10 e 20% do que realmente acontece (DREZETT, 2002; SOUZA; ADESSE, 2005; CERQUEIRA; COELHO, 2014). Além disso, cabe ressaltar que até o ano de 2005 a NT previa a apresentação obrigatória do boletim de ocorrência policial para as mulheres que solicitassem a interrupção legal da gestação por alegação de violência sexual, independentemente de sua idade. Na população estudada esse percentual foi de 4% do total dos casos, entre as adultas, até o ano de 2005. Essa exigência deixou de vigorar com a atualização da NT (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012), cabendo à mulher a decisão de fazer ou não denúncia policial, sem que isso restrinja o direito ao procedimento. No entanto, entende-se que atualização da norma, com a eliminação de exigência de comunicação do fato à polícia, possivelmente não tenha causado o imediato redesenho dos fluxos de atendimento. Madeiro; Diniz (2016) referem que a solicitação de boletins de ocorrência e autorizações judiciais seguia sendo feita em alguns hospitais de referência quase dez anos após a alteração da NT. Não pode ser quantificada essa rotina no serviço em

---

<sup>2</sup> VAN LOOK, Paul F.A.; COTTINGHAM, Jane C. Unsafe abortion: an avoidable tragedy. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol 16, Issue 2, April 2002, Pages 205-220.

análise, visto que o registro no prontuário apenas informava a realização ou não da denúncia, sem especificar se houve ou não solicitação da equipe para tal. No entanto, tomando como base os dois últimos anos que representam 37,8% da população estudada, a análise dos casos nos mostra que houve uma queda no percentual de registros policiais entre as adultas, havendo comunicação à polícia em apenas 14,5% das situações. Diversas pesquisas relatam o constrangimento das mulheres para realização da denúncia, sentindo-se expostas com o relato da violência. Além disso, a intimidação causada pelas ameaças do agressor, que são comuns nesses casos, também é um fator que pesa na decisão de não denunciar (NUNES; MORAES, 2016; BLAKE, 2015; DREZETT, 2002).

Em relação ao agressor, a maioria das mulheres (44,9%) informou não conhecer o autor da agressão. Em um estudo realizado em São Paulo, Blake (2015) demonstrou que 62,05% das mulheres não conheciam o agressor. De modo diverso, no estudo de Madi *et al.* (2010) na cidade de Caxias do Sul, a maioria dos agressores era conhecido das vítimas (57,2%), o que a autora associou ao local privado (ambiente familiar) em que as mesmas foram abordadas. Em nosso estudo, o agressor é conhecido da vítima em 27% dos casos, destes 22,8% caracterizam-se como violência crônica e os agressores são pessoas das relações próximas ou familiares: Pais e padrastos (16,5%), outros familiares, como tios e primos (7,8%), namorados (2,4%) e ex-maridos/ex-namorados (3,1%). Entre as adolescentes, apenas dez agressores (7,8%) eram pessoas desconhecidas. De acordo com o estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 32,2% das violências cometidas contra crianças e adolescentes tem como responsáveis amigos ou conhecidos, sendo que nos casos de estupro, os perpetradores são familiares próximos, tais como pais, irmãos e padrastos em 24,1% das situações. O agressor desconhecido assume uma proporção maior na medida em que a idade das vítimas aumenta, ficando em 60,5% dos casos na fase adulta (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Destacou-se nesta população, um percentual significativo em que são citados como autores da violência pessoas do círculo de convivência mais distante, vinculado a algum amigo ou então conhecidos de vista de algum local frequentado pela vítima, como por exemplo, um “amigo de amigo” que participava da festa, um colega de outro curso da universidade, amigo de algum familiar, pessoa com quem conversava em redes sociais, pastor da igreja, pai de santo - pessoas com quem a vítima não possuía



uma relação de afeto ou de convívio íntimo, mas tinha como identificá-la ou dizer onde encontrá-la. Esses agressores foram aqui denominados como *agressores identificáveis* e somaram 23,6% do total. Em apenas 9,4% dos casos houve mais de um autor da violência, o que se assemelha aos dados encontrados por Pedroso (2010) em que houve um único agressor em 92,3% das situações.

Destacou-se como meio de intimidação o uso de força física em 41,7% dos casos, e das ameaças em 33,8%. Segundo Cerqueira (2018) o uso da força física e das ameaças são o meio mais comumente empregado para coagir a vítima. Diversas pesquisas apontam o trauma da violência e as ameaças do agressor como causas de medo e motivos da não denúncia do estupro (BLAKE, 2015; BEDONE e FAÚNDES, 2007). Outras formas de intimidação foram o uso de fogo ou faca em 25,2% e, em 9,4% dos casos, houve uma sedução, aqui categorizada pelo envolvimento emocional de adolescentes ou mulheres com alguma deficiência mental. Os agressores nestas situações, com exceção de um caso, foram homens adultos envolvendo adolescentes menores de 14 anos e com relacionamento próximo da vítima. Em 28,3% das situações, a violência sexual ocorreu associada ao uso de substâncias psicoativas (álcool ou outras drogas), casos que também se configuram como estupro de vulnerável, independentemente da idade da vítima. Sabe-se do uso de um composto de drogas conhecida como “boa noite cinderela” – que, em geral, é um composto de medicamentos soníferos como Flunitrazepam, ácido gama hidroxibutírico (GHB) e cetamina, que são diluídos numa bebida qualquer, podendo causar sedação rápida e profunda na vítima e causando amnésia total ou parcial da situação vivida (TAKITANE *et al*, 2017). Nesses casos, a dificuldade em evocar a memória referente a situação pode ser um dos dificultadores na identificação da violência sexual sofrida e, por conseguinte, na busca de ajuda imediata para uso da profilaxia, sendo a constatação da gravidez o desencadeador da chegada ao serviço de saúde. Os casos analisados descrevem cenas em que mulheres adormeceram em locais público ou festas de amigos e ao acordar perceberam que houve uma relação sexual que não foi consentida. Essas mulheres referem dificuldade em lidar com o fato, sem saber o que fazer e até mesmo não reconhecendo imediatamente aquela situação como uma violência sexual. Em geral, a memória das vítimas em relação ao que aconteceu não existe, ou é precária, restando a dúvida sobre se houve um estupro e sobre quem foi (foram) o(s) agressor(es). Pode-se pensar que a complexidade desse momento

dificulta a busca de atendimento, o que acaba acontecendo de modo tardio, já com o diagnóstico da gravidez, confirmando a violência sofrida. Esse é um cenário mais recente, descrito a partir do ano de 2010 nesta população, mas o uso desse tipo de substâncias com atuação no Sistema Nervoso Central já havia sido descrito por Pedrosa (2010) em 13,6% dos casos de violência.

As situações de estupro com uso de entorpecentes caracterizam-se pelo não consentimento da vítima e são legalmente enquadrados como estupro de vulnerável. O código Penal Brasileiro, em seu artigo 217-a, alterado em 2009, trata dessa tipificação penal, associando a incapacidade de reação da vítima ou impossibilidade física e mental de reagir a uma situação imposta contra a sua vontade, neste caso o ato sexual. Da mesma forma que crianças e adolescentes menores de 14 anos são considerados civilmente incapazes de tomar decisões sobre sua vida civil e, portanto, vulneráveis, as mulheres, mesmo que maiores de idade, quando sob efeito de alguma substância que as deixe sem condições de decidir sobre seus atos, são também legalmente entendidas como vulneráveis. Na população analisada, identificamos como estupro de vulnerável 55,1% das mulheres: 29 adolescentes menores de 14 anos (22,8%), 7 mulheres com deficiência (5,5%) e 36 mulheres violentadas sob efeito de substâncias psicoativas (28,3%), sendo que duas menores de 14 anos foram violentadas mediante sedação, uma dupla condição de vulnerabilidade. Cabe ressaltar, ainda, que em 37,8% dos casos houve o uso de duas ou mais formas de constrangimento.

Quanto ao local da violência, em 35,4% dos casos a violência ocorreu em local público (praças, ruas, festas) e 62,2%, em local íntimo (casa da vítima, casa do agressor, carro da vítima, casa de amigos ou familiar). A exposição à violência em local íntimo abarca tanto os casos de violência crônica intrafamiliar, em que o agressor é uma pessoa das relações de convivência, como também os casos de agressor identificável, com quem a vítima não tem convívio, mas sabe quem é, onde mora ou por onde circula na cidade (colegas de universidade, amigo de amigos que estava na festa, pastor da igreja, etc.). O estupro das mulheres por ex-companheiros ou ex-namorados também aconteceu na casa da vítima. Ainda em alguns casos, as vítimas são abordadas por um agressor desconhecido quando estão chegando em casa, sendo obrigadas a abrir a porta e permitir que o agressor entre com elas. Violências ocorridas na casa do agressor, na sua grande maioria, estão relacionadas

com o uso de álcool ou outra droga sedativa. Nesses casos, em geral, as mulheres não conseguem lembrar o que aconteceu, nem como chegaram naquele local. Elas relataram que ao acordar sentiram-se muito assustadas, querendo sair daquele local o mais rápido possível. De modo geral, não se identificaram, num primeiro momento, como vítimas de uma situação violência sexual. Cerqueira (2018) demonstrou em sua pesquisa que 78,6% dos casos em que a vítima conhece o agressor, o estupro acontece dentro de casa e nos demais casos, o crime ocorre em locais públicos como festas, boates, ruas, praças, etc. De modo diverso, Pedroso (2010) descreveu apenas 27,6% das pacientes sofrendo a agressão em sua própria residência ou do autor da agressão sexual.

Outro dado importante refere-se ao fato de em que 24,4% dos registros de atendimento houve a descrição de outros tipos de violência na história dessas mulheres: violência doméstica, abuso sexual, negligência ou maus-tratos na infância, índice superior ao encontrado por Facuri *et al* (2013) no atendimento a vítimas de violência sexual num serviço universitário de referência em Campinas, cujo percentual foi de 16%. Essa informação pode ser identificada a partir dos registros clínicos descritos durante o acompanhamento ambulatorial, baseado em relatos espontâneos das mulheres, mas não fez parte dos itens coletados no protocolo de atendimento da Instituição, portanto, não pode ser analisada quantitativamente em relação a população estudada.

### 3.4. O procedimento de aborto legal

**Tabela 3. Dados relacionados ao procedimento de interrupção legal de gestação por violência sexual realizados num Hospital Público de referência em Porto Alegre, de 2002 a 2018.**

<b>Idade Gestacional na chegada</b>	N 127 (100%)*
1° trimestre	87 (68,5%)
2° trimestre	40 (31,5%)
<b>Idade Gestacional na internação</b>	
1° trimestre	77 (60,6%)
2° trimestre	50 (39,4%)
<b>Indução do abortamento</b>	
Misoprostol	95 (74,8%)
Misoprostol + ocitocina	30 (23,6%)
<b>Procedimento complementar</b>	
AMIU	52 (40,9%)
Curetagem	50 (39,4%)
AMIU + curetagem	07 (5,5%)
Sem AMIU ou curetagem	18 (14,2%)
Alívio da dor	117 (92,1%)
Intercorrências no aborto	28 (22%)
Coleta de DNA	44 (34,6%)
<b>Tempo de internação</b>	
1 dia	27 (21,3%)
2 dias	49 (38,6%)
≥ 3 dias	51 (40,2%)
<b>Tempo Total do processo</b>	
Até 7 dias	48 (37,8%)
≥ 8 dias e ≤ 14 dias	49 (38,6%)
≥ 15 dias	30 (23,6%)
<b>Acompanhamento pós AL</b>	
Ginecologia	74 (58,8%)
Psicologia	62 (48,8%)
Encaminhamento externo	51 (40,2%)
Finalizou o atendimento **	13 (10,2%)

\*Totais podem divergir pela possibilidade de não resposta. \*\* Cumpriu o protocolo clínico previsto pelo MS e teve alta do acompanhamento psicológico.

Abortamento significa a interrupção da gravidez até 20 ou 22 semanas de gestação com produto da concepção pesando menos que 500g (BRASIL, 2011). Apesar de tecnicamente o aborto ser o produto da concepção que é eliminado no abortamento, no Brasil usa-se os termos aborto e abortamento como sinônimos. Nos casos de solicitação de ILG, uma das primeiras medidas do processo de avaliação multiprofissional está relacionada com a verificação da idade gestacional (IG), que não poderá ultrapassar o 2º trimestre. Entre a 20ª e 22ª semana, o MS orienta que a avaliação seja criteriosa, garantindo que o feto seja menor que 500 gramas para que o procedimento possa ser realizado. A NT não prevê a ILG com mais de 22 semanas para essas situações (BRASIL, 2012).

Na população estudada, 68,5% das mulheres chegaram ao serviço no 1º trimestre de gestação e 60,6% realizaram o abortamento até a 12ª semana da gravidez. No entanto, percebe-se um número alto de mulheres (31,5%) que chegaram ao serviço

apenas no 2º trimestre gestacional, ou seja, com mais de 12 semanas, sendo que em 18,1% dos casos a interrupção ocorreu com 16 semanas ou mais de gestação. Cabe ressaltar que, as técnicas e rotinas para a realização do abortamento diferem de um trimestre para outro, sendo que o procedimento é mais simples e seguro quanto mais precoce é a gravidez (BRASIL, 2011). A interrupção da gestação no 1º trimestre é mais rápida, com uso de técnicas eficientes e seguras, como a aspiração manual intrauterina (AMIU). A partir da 13ª semana, a 1ª escolha para a indução do aborto passa a ser o uso de misoprostol, medicamento que tem como um dos efeitos o esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal. O misoprostol também pode ser usado para o amolecimento cervical antes de intervenções clínicas como AMIU ou curetagem (BRASIL, 2012). O abortamento com uso de misoprostol é um método seguro e eficaz, mas quando comparado à AMIU apresenta maior morbidade, causa mais desconforto físicos e, em geral, exige maior tempo de internação (BRASIL, 2011). Existe uma grande variabilidade na idade gestacional das mulheres que chegam aos serviços de aborto legal, sendo que a busca tardia pelo abortamento acarreta uma maior exposição a complicações decorrentes do procedimento. Uma das possíveis causas dessa demora pode ser a própria dificuldade decorrente da revelação da violência e da gravidez e os obstáculos de acesso aos serviços de saúde (BLAKE, 2015). Pedroso (2010) também demonstra que um percentual elevado (44,5%) de mulheres busca o abortamento legal somente entre 13 e 22 semanas.

No fluxo desse hospital, as mulheres vítimas de estupro chegaram pelos serviços de emergência e a partir do diagnóstico de gravidez foram encaminhadas imediatamente para a equipe multidisciplinar do ambulatório, que solicitou os exames clínicos e avaliou os critérios do protocolo preconizados pelo MS, incluindo consultas de enfermagem, de psicologia e de ginecologia em um período previsto de até 7 dias para ser concluído. Em casos de menores de 18 anos, houve também a participação de profissional do serviço social. Nessa avaliação, além das questões de saúde física e mental, foram verificadas as medidas de cuidado e proteção, principalmente em relação às adolescentes. Também foram feitas orientações em relação à configuração legal do aborto e da alternativa de escolha para seguimento em pré-natal, com a possibilidade de posteriores procedimentos para adoção. Na análise total do processo, incluindo todas as consultas e exames realizados pelas mulheres desde a acolhida na Instituição até a alta hospitalar após a realização do abortamento, o tempo médio do percurso foi de 11,4 dias, superior ao

previsto no protocolo do serviço. Silva (2014) também descreveu um tempo médio de duas semanas desde a chegada no serviço até a internação para a realização do aborto legal num serviço de referência na cidade de Salvador. Quanto ao tempo de internação para a realização do aborto, houve uma variação entre o mínimo de 1 dia, para pacientes que internaram e tiveram alta no mesmo dia, e o máximo de 22 dias. A chegada tardia ao serviço (gravidez  $\geq 16$  semanas) teve como consequência o aumento na média de dias de internação (3,25 dias) quando comparada com a média geral que foi de 2,98 dias.

Houve a prescrição de misoprostol em 125 casos (98,4%)<sup>3</sup> e em 23,6% foi associado o uso de outra droga chamada ocitocina. Não houve uma escolha padronizada de dosagens e de condutas clínicas no método escolhido para interrupção nos diferentes trimestres gestacionais. Em 85,8% dos casos ocorreram intervenções clínicas complementares, sendo que no 1º trimestre gestacional o abortamento foi finalizado com a AMIU em 65%, com curetagem em 27% e com a AMIU mais a curetagem em 5,4% dos casos. No 2º trimestre houve a finalização do procedimento com a curetagem em 56,6%, com a AMIU em 7,5% e com as duas intervenções em 5,7% das situações. Em 14,2% dos casos não houve realização de procedimento complementar ao uso do misoprostol e em 92,1% dos casos houve prescrição de medicação para alívio da dor. Tanto o Ministério da saúde (BRASIL, 2012) quanto a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) orientam como 1ª escolha para interrupção no 1º trimestre de gravidez a aspiração à vácuo intrauterina (AMIU), por tratar-se de um procedimento seguro, rápido e eficiente, com baixo risco de complicações, podendo ser realizada, em grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical. A curetagem uterina no 1º trimestre gestacional deve ser usada apenas quando a AMIU não estiver disponível. De outro modo, na gravidez entre 13 e 22 semanas, a escolha deve ser pelo abortamento medicamentoso, usando-se o misoprostol para a dilatação cervical e expulsão ovular, sendo preconizado ainda o esvaziamento uterino com curetagem nos casos de abortamento incompleto, devendo a mulher ficar internada até a conclusão da interrupção. O abortamento medicamentoso é eficaz em 90% dos casos, com expulsão completa da gravidez, não sendo necessário outro procedimento complementar para o esvaziamento uterino, tanto no primeiro como no segundo trimestre de gestação (BRASIL, 2012; OMS 2013). Esse

---

<sup>3</sup> Não foi possível identificar a prescrição em um prontuário do ano de 2005, havendo também um caso de gravidez ectópica em 2018, onde não se aplica essa conduta clínica.

dados difere do observado neste serviço em que houve a realização de procedimento complementar em 70% dos abortamentos.

As doses prescritas de misoprostol variam em diferentes investigações. Cabe ressaltar, que a NT preconiza que no abortamento medicamentoso, as escolhas e condutas devem levar em consideração a experiência de cada serviço e/ou profissional assistente, havendo diferentes esquemas possíveis, cujas evidências clínicas ainda não puderam ser precisamente descritas (BRASIL, 2012). Os dados obtidos não foram suficientes para analisar mais profundamente os motivos das diferentes prescrições e das divergências nas condutas complementares ao abortamento, sendo necessária uma maior aproximação com o(s) protocolo(s) clínicos adotados por esse serviço.

Outro aspecto importante e que pode ser visto como uma dificuldade do processo é que, ainda menor que o número de BOP, foi a solicitação de guarda de material genético para o exame de DNA, usado para a produção da prova criminal no processo de investigação da polícia. No fluxo dessa Instituição, a guarda de material genético do embrião para análise de DNA e produção de prova criminal somente é feita mediante ofício do órgão de perícia da secretaria estadual de segurança pública e está vinculada a denúncia policial. Nos registros de prontuário foi descrito esse procedimento em apenas 34,6% das situações, metade dos casos oficialmente denunciados aos órgãos de segurança pública. Não houve registro nos prontuários dos motivos pelos quais essa guarda de material não ocorreu. Pode-se inferir que, não tenha havido solicitação oficial do órgão responsável pelo exame pericial, pois este documento também não foi localizado em parte desses prontuários. Em todos os procedimentos, no entanto, foi realizado o envio de material da placenta para o exame anatomopatológico para investigação de questões clínicas, o que denota uma diferença acentuada entre a organização das rotinas de cuidados clínicos e as rotinas e encaminhamentos relacionados aos processos policiais e de perícia criminal. Ainda não há, neste serviço, uma uniformidade nos encaminhamentos de guarda de material genético para produção de prova contra o agressor, mesmo nos casos em que houve a denúncia policial.

Sobre o atendimento prestado às mulheres após o AL, houve o seguimento ambulatorial em consultas de ginecologia em 58,8% e de psicologia em 48,8% dos casos. Essa taxa de adesão é superior ao relatado em estudo com mulheres vítimas de violência sexual em um serviço de referência em Campinas, em que apenas 24,5% seguiu em atendimento ambulatorial após a 1ª consulta (FACURI *et al*, 2013). No entanto, apenas

10,2% das mulheres finalizaram o tratamento, obtendo alta médica e psicológica. Nos casos de abandono antes da alta clínica foram registradas alegações das mulheres relacionadas a falta de disponibilidade, conflito com os horários de trabalho para comparecer às consultas, mudanças para outra cidade ou ainda por dificuldade em retornar ao hospital pelas lembranças da violência. Na maioria dos prontuários não houve justificativa do abandono, havendo registro de busca ativa sem sucesso em 22,4% dos casos. Houve o encaminhamento de 40,2% das mulheres para outros serviços da rede de atendimento, entre eles equipes de saúde mental, centros de atenção psicossocial (CAPS e CAPSI), e centros de referência especializados de assistência social (CREAS), o que ocorreu principalmente com as moradoras da região metropolitana e do interior do estado. Alguns casos ainda estavam em acompanhamento no momento da finalização da coleta de dados.

No acompanhamento clínico foram detectadas contaminações de infecções sexualmente transmissíveis em 16,5% das mulheres: 8 casos de clamídia, 7 de sífilis, dois de papilomavírus, 1 de hepatite B, 1 de tricomoníase, 1 de herpes genital. Uma mulher teve diagnóstico de clamídia e papiloma vírus.

#### **4. Considerações finais**

O estudo proposto teve como desafio inicial a reconstrução da série histórica de atendimentos de aborto legal decorrentes de violência sexual realizados por este hospital, deparando-se com a carência de registros de dados e/ou diluição dos atendimentos dentro da rotina de outros procedimentos já instituídos. A criação do Programa de Atenção Integral às vítimas de violência Sexual, mesmo com normativas pioneiras no município, não garantiu um espaço de reconhecimento e valorização desses atendimentos, que por muito tempo computou uma média de 2 a 3 casos por ano, o que demonstra uma invisibilização do problema.

Passados 20 anos da implantação do Programa, percebem-se vários aspectos que ainda se mostram incipientes: tanto em sua organização interna, no caso do tempo necessário para a realização de todos os trâmites que envolvem o processo do aborto legal, de modo que, situações clínicas muito semelhantes caracterizaram-se por tempos e rotinas diversas, em internações que variaram entre 1 e 22 dias; quanto ao precário fluxo externo para a chegada das mulheres e divulgação dessa política pública entre os serviços da rede de atendimento e da sociedade em geral.



A desinformação sobre o direito ao aborto foi um fato marcante no percurso das mulheres e a busca de ajuda e consequente descoberta do aborto legal ocorreu após o diagnóstico da gravidez. No entanto, percebe-se que ainda é precária a sistematização e o monitoramento dessa política pública, bem como a educação permanente dos profissionais, o que obstaculiza o acesso ao procedimento. As mulheres que conseguiram chegar, talvez sejam aquelas com melhores condições de acesso à informação e que, apesar das dificuldades, perseveraram na busca do direito ao aborto permitido por lei. Em sua grande maioria, foram adultas, brancas e com bom nível de escolaridade: 58% entre nível médio e superior.

Este estudo possibilitou a descrição do perfil sociodemográfico das mulheres atendidas, das características da violência sofrida e de aspectos do atendimento prestado pelo serviço de referência, observando a existência de uma rede externa de saúde e de segurança pública que facilitou o acesso ao direito através de informações prestadas. O fortalecimento dessa rede é um dos pontos fundamentais para a garantia do direito ao aborto legal. No entanto, os dados obtidos limitam o olhar para um público específico, que mesmo tendo percorrido diversos locais até a chegada ao hospital, conseguiu acessar o serviço. Interroga-nos, entretanto, a dúvida sobre quantas mulheres não obtiveram a informação, não foram orientadas sobre esse direito e consequentemente não conseguiram realizar o aborto legal. Assim também, os dados não foram suficientes para analisar mais profundamente o procedimento da ILG, os motivos de diferentes prescrições medicamentosas e das divergências nas condutas complementares ao abortamento, sendo necessária uma maior aproximação com o(s) protocolo(s) clínicos adotados por esse serviço e uma busca mais qualificada sobre o entendimento dessa temática pelos profissionais envolvidos nos diferentes momentos do procedimento.

Por fim, o número crescente de casos atendidos por esse serviço, demonstra um importante avanço na organização desse hospital no que se refere ao atendimento da violência sexual e do aborto legal.

## 5. Referências Bibliográficas

BEDONE, Aloisio José; FAÚNDES, Aníbal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p.465-469, Feb. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200024> Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200024&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 26 jan. 2020.

BLAKE, Marcia de Toledo et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 8, mar. 2015. ISSN 1755-7682. doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1628>. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1004>. Acessado em: 08 jan. 2020.

BLAKE, Marcia Toledo. **Fatores associados à demora na procura de abortamento legal por gravidez resultante de estupro**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina do ABC. FMABC. Brasil, 2015.

BRASIL. Código Penal. **Decreto-Lei Nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940**. Aprova o Código Penal Brasileiro. Rio de Janeiro, 1940

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 - Anencefalia**. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 12.845, de 1o de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**. Brasília: 2013.

BRASIL. Presidência da República, Lei 12015 de 07 de agosto de 2009. **Altera o Decreto-Lei no 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/818585/lei-12015-09>. Acessado em: 08 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. **Altera o Decreto-Lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm). Acessado em 08 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.508, de 1o de setembro de 2005. **Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 528 de 01 de abril de 2013. **Define regras para a habilitação do funcionamento dos serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (1ª ed.)** – Brasília, DF: 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (3ª ed.)** – Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2. ed.)** – Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.

**Estatuto da Criança e do Adolescente.** DISPONÍVEL EM:

[HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL\\_03/LEIS/L8069.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm). ACESSADO EM 19 FEV.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: =. Acessado em 16 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12015/09.** Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acessado em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao abortamento.** 2a edição. Ministério da Saúde, Brasília: 2011.

BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Anuário brasileiro de segurança pública.** 13a Edição. São Paulo, 2019. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/11/infografico-consistencia-negra-2019-FINAL\\_site.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/11/infografico-consistencia-negra-2019-FINAL_site.pdf). Acessado em: 28 dez. 2019.

CERQUEIRA, Daniel (org). **Atlas da violência 2018.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo, 2018

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde.** Brasília: Ipea, 2014.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento.**

Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COLÁS, Osmar; AQUINO, Nicole Moraes Rego de; MATTAR, Rosiane. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 443-445, Sept. 2007.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000900001>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007000900001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900001&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 10 dez. 2019.

DREZETT, Jefferson; Aspectos Biopsicossociais da Violência: Aborto Legal - Implicações Éticas e Religiosas. **Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir**, São Paulo: p. 115-128, 2002.

FACURI, Cláudia de Oliveira et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 04 dez. 2020.

FAÚNDES, Aníbal. BARZELATTO, José. **O drama do aborto**: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD contínua**. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>. Acessado em: 08 jan. 2020.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 04 dez. 2018.

MADI, Sônia Regina Cabral; KNOB, Lisiane Faccin; LORENCETTI, Jucemara; MARCON, Nathalia Oliva; MADI, José Mauro. Violência sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS), do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. **Rev AMRIGS**. 2010;54(1):13-8.

SAGOT, Montserrat. A Rota Crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. p. 23-50. **Rotas Críticas Mulheres enfrentando a Violência**. Stela Nazareth Meneghel (org). São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.17, n. 2, p. 21-36, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso) Acessado em: 08 jan. 2020.

OMS. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde – 2ª ed. 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437\\_por.pdf;jsessionid=534879532BF709B0BE2DD9F4C45AE9DC?sequence=7](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=534879532BF709B0BE2DD9F4C45AE9DC?sequence=7). Acessado em: 09 fev. 2020.

PEDROSO, Daniela. **Estudo de Fatores Relacionados ao Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Programa de Saúde Materno-Infantil, Universidade de Santo Amaro, 2010.

PORTO ALEGRE (município). Procuradoria Geral Municipal. **Lei 7781/96**. Dispõe sobre o atendimento em hospitais pertencentes ou conveniados ao SUS no município de Porto Alegre, nos casos de aborto previstos na legislação penal brasileira e dá outras providências. Porto Alegre: 1996.

PORTO ALEGRE (município). **Decreto Nº 11784**. Regulamenta a lei nº 7781, de 15 de abril de 1996. Estabelece outras providências necessárias para a instituição do programa de assistência às mulheres vítimas de abuso sexual. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/1997/1178/11784/decreto-n-11784-1997-regulamenta-a-lei-n-7781-de-15-de-abril-de-1996-e-estabelece-outras>

providencias-necessarias-para-a-instituicao-do-programa-de-assistencia-as-mulheres-vitimas-de-abuso-sexual Acessado em: 26 mar. 2020.

SILVA, Ana Maria de Oliveira. **Integralidade da atenção à saúde: a percepção de mulheres em um serviço de aborto legal.** Dissertação de mestrado. Salvador: Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, 2014.

SOUZA, Cecília de Mello e, ADESSE, Leila. **Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** IPAS, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasília, 2005.

TAKITANE, Juliana et al. Aspectos médico-legais das substâncias utilizadas como facilitadoras de crime. **Saúde, Ética & Justiça.** 2017;22(2):66-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p66-71>. Disponível em: [file:///home/chronos/u-0263a2c4c2851fd2779a3f9e6cdc3213bea6c951/MyFiles/Downloads/145418-Texto%20do%20artigo-309258-1-10-20180902%20\(1\).pdf](file:///home/chronos/u-0263a2c4c2851fd2779a3f9e6cdc3213bea6c951/MyFiles/Downloads/145418-Texto%20do%20artigo-309258-1-10-20180902%20(1).pdf) Acessado em: 04 fev. 2020.

TROUNG, Michelle. WOOD, Susan Y. **Unconscionable: When provides deny abortion care.** International Women's Health Coalition. 2018. Disponível em: [https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/IWHC\\_CO\\_Report-Web\\_single\\_pg.pdf](https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/IWHC_CO_Report-Web_single_pg.pdf). Acessado em 23 dez. 2019.

WARTCHOW, Elisabeth (org.). **Manual de Atendimento às Mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência.** Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria de saúde. Secretaria de direitos humanos e segurança urbana; CDD 301.6330420981651614.0981651. Porto Alegre: 2003.

## 9. Capítulo 2

### **Artigo: Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal**

#### **RESUMO**

Este trabalho analisa as dificuldades envolvidas na busca do aborto legal pelas mulheres vítimas de estupro. Sabe-se que os efeitos da violência sexual repercutem de forma intensa na saúde física e mental das mulheres, sendo a gestação uma das consequências mais danosas. No Brasil, apesar da criminalização do aborto, o procedimento é permitido nos casos de violência sexual (aborto legal) e existem serviços de referência para atender a essas situações. Esta pesquisa foi realizada na cidade de Porto Alegre em um hospital público de referência para o aborto legal e analisou 127 casos de mulheres com gravidez decorrente de violência sexual e que realizaram aborto legal, entre os anos de 2000 e 2018. A trajetória destas mulheres na busca do aborto e as dificuldades enfrentadas neste processo foram discutidas à luz da metodologia das Rotas Críticas descrita por Montserrat Sagot. Foram analisadas decisões tomadas após a violência, a sequência de ações, as intercorrências, apoios e obstáculos enfrentados. Trata-se de um estudo transversal retrospectivo realizado a partir dos relatos e condutas clínicas apresentadas nos prontuários. Os resultados foram agrupados em 5 categorias que se inter-relacionam: 1. O segredo da violência: a dificuldade em buscar ajuda após um estupro, fazendo dessa vivência um segredo que acaba se revelando com a descoberta da gravidez; 2. Sintomas Psíquicos: sintomas e quadros reativos ao trauma da violência e descoberta da gravidez, tais como medos, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ideação suicida; 3. Mecanismo psíquico de negação versus Negação do direito: intensidade do mecanismo psíquico de negação relacionado a gravidez, somado com a desinformação do direito ao aborto que retardam a chegada das mulheres ao serviço e dificultam o exercício do direito; 4. Desorganização social: perda de emprego, separação conjugal, abandono dos estudos desencadeados pela vivência traumática 5. Outras rotas críticas do processo: fluxos institucionais, validação da violência sofrida e objeção de consciência de profissionais demonstram aumentar o sofrimento das vítimas e alongar o tempo do processo. O estudo descreve esses resultados como parte do percurso de acesso na busca pelo direito ao aborto, demonstrando a invisibilidade do problema, a dificuldade em obter informações sobre a forma de acessar o serviço, a desorganização psíquica e social que decorre da violência e da descoberta da gravidez e o estigma relacionado tanto a violência sexual, quanto ao aborto. São diversos obstáculos que precisam ser transpostos para que as mulheres que engravidam de um estupro possam exercer o direito ao aborto legal. Palavras-chave: aborto legal; rotas críticas; violência sexual.

## ABSTRACT

### **Women victims of sexual violence: critical routes in the search for the right to legal abortion**

This paper analyzes the difficulties involved in the search for legal abortion by women victims of rape. It is known that the effects of sexual violence have an intense impact on the physical and mental health of women, with pregnancy being one of the most harmful consequences. In Brazil, despite the criminalization of abortion, the procedure is permitted in cases of sexual violence (legal abortion) and there are referral services to address these situations. This research was carried out in the city of Porto Alegre in a public hospital of reference for legal abortion and analyzed 127 cases of women with pregnancy resulting from sexual violence and who had a legal abortion, between the years 2000 and 2018. The trajectory of these women in the search for abortion and the difficulties faced in this process were discussed according to the Critical Routes methodology described by Montserrat Sagot. Decisions made after the violence, the sequence of actions, the complications, support and obstacles faced were analyzed. This is a retrospective cross-sectional study based on the reports and clinical procedures presented in the medical records. The results were grouped into 5 categories that are interrelated: 1. Between silence and secrecy: the difficulty in seeking help after a rape, making this experience a secret that ends up being revealed with the discovery of pregnancy; 2. Psychic illness as a critical node: symptoms and conditions reactive to the trauma of violence and the discovery of pregnancy, such as fears, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, suicidal ideation; 3. A restricted right: intensity of the psychological mechanism of denial related to pregnancy, added to the misinformation of the right to abortion that delay the arrival of women to the service and make it difficult to exercise the right; 4. The social disorganization that results from violence: job loss, marital separation, abandonment of studies triggered by traumatic experiences 5. Other critical routes: institutional flows, validation of the violence suffered and conscientious objection from professionals demonstrate an increase on the suffering of the victims and the process time. The study describes these results as part of the access path in the search for the right to abortion, demonstrating the invisibility of the problem, the difficulty in obtaining information on how to access the service, the psychological and social disorganization that results from violence and the discovery of pregnancy and the stigma related to both sexual violence and abortion. There are several obstacles that need to be overcome so that women who become pregnant with rape can exercise the right to legal abortion.

Keywords: legal abortion; critical routes; sexual violence, rape

## 1. Introdução

O aborto inseguro é uma das maiores causas de morte das mulheres e um importante problema de saúde pública (OWOLABI; BIDDLECOM; WHITEHEAD, 2018), e a rigidez legal, um dos fatores de risco para o aumento de procedimentos inseguros e com complicações (OPAS, 2017). A legislação brasileira está entre as mais restritivas do mundo, sendo o aborto permitido em apenas 3 situações: anencefalia fetal (STF, 2012), risco de vida materna e gestação decorrente de violência sexual (CP, 1940).

A gravidez em casos de estupro remete a uma das manifestações mais cruéis e persistentes dentre as violências de gênero, acontecendo tanto no âmbito público, quanto no privado (BUENO; LIMA, 2019). Essa violência está na base das relações de poder e dominação da sociedade, em que características e comportamentos construídos culturalmente em diferentes grupos sociais estabelecem o contraste entre o feminino e o masculino (BARATA, 2009) e a mulher é considerada objeto da sexualidade e do desejo masculino, havendo uma dissociação entre o sujeito e objeto da sexualidade, anulando a vontade da vítima (MINAYO, 2007).

O relatório sobre Saúde Sexual e Reprodutiva publicado pelo Instituto Guttmacher (2018) revela que mais de uma em cada três mulheres sofreram violência por parceiro íntimo ou violência sexual de não parceiro em algum momento de suas vidas. Estima-se que 29% das mulheres adolescentes entre 15-19 anos que já tiveram parceiros, já foram expostas a algum tipo de violência na relação. A violência está profundamente enraizada na desigualdade de gênero e tem graves consequências para a saúde física e mental e bem-estar geral, dificultando conquistas sociais e a manutenção socioeconômica das vítimas.

No Brasil, temos um número crescente e alarmante de estupros a cada ano, com um aumento de 4,1% de casos notificados entre os anos de 2014 e 2018, contabilizando 66.041 registros em 2018, o que significa 180 estupros por dia no Brasil (BUENO; LIMA, 2019). Entre os agravos resultantes da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que desencadeia (DREZETT, 2002). A descoberta da gravidez após um estupro, traz à tona uma nova situação traumática, muitas vezes encarada como uma segunda violência (LIMA; LARROCA; NASCIMENTO, 2019). Estima-se que em torno de 7%



das mulheres vítimas de estupro engravidem (CERQUEIRA; COELHO, 2014; BLAKE, 2015).

Este artigo discute o processo de busca pelo o aborto legal nos casos de estupro. Apesar de estar previsto em lei desde 1940, esse é um direito ainda velado no Brasil e as mulheres percorrem longos caminhos na busca do procedimento (LIMA; LARROCA; NASCIMENTO, 2019). Desde a desorganização psíquica e social decorrente da violência sofrida, até a chegada a um serviço de referência no atendimento a essas situações, buscamos descrever e analisar as principais questões envolvidas nessa trajetória.

## **2. Metodologia**

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público de Porto Alegre, maior referência no atendimento a situações de violência sexual e Aborto Legal do estado. Os dados foram levantados a partir dos registros dos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) nos prontuários clínicos das mulheres. Para isso, foram analisados 127 casos de mulheres que realizaram o aborto legal entre os anos de 2002 a 2018.

Foi analisada a trajetória das mulheres que realizaram a interrupção legal de gestação decorrente de estupro para identificar as dificuldades enfrentadas no exercício desse direito e discutir a gama de situações e consequências que envolveu esse percurso. A reconstrução desse processo foi analisada à luz da metodologia das Rotas Críticas de Sagot (2007), que desenvolveu uma abordagem para estudar o percurso de mulheres vítimas de violência doméstica em busca de ajuda, numa pesquisa realizada em dez países da América Latina. Trata-se da reconstrução da lógica de tomadas de decisões feitas por mulheres em situação de violência: a sequência de escolhas e ações, intercorrências, informações, apoios e obstáculos enfrentados. A partir das ações empreendidas pelas mulheres, pela resposta social obtida e pelo desfecho encontrado caracteriza-se a rota crítica.

Os dados coletados na pesquisa descrevem os conteúdos referentes ao percurso (rotas críticas) e dificuldades enfrentadas (nós críticos). O trabalho consistiu em identificar e descrever as rotas críticas da interrupção legal da gestação nos casos

de gravidez decorrente de estupro, agrupando em categorias os casos e/ou situações através da análise de conteúdo de acordo com Minayo e Sanches (1993).

Foram excluídos os casos em que não foi possível a localização dos prontuários, bem como aqueles em que, por algum motivo, o aborto não foi realizado.

### **3. Resultados**

A análise foi dividida em cinco categorias principais, que descrevem os aspectos que se destacaram nas trajetórias de busca pela ILG e que foram ilustradas com recortes clínicos dos casos. O nome das participantes foi substituído por letras e números para garantir o sigilo dos dados. Trata-se de categorias que se inter-relacionam, que ora podem ser causa, ora consequência, mas que foram descritas numa ordem que buscou oportunizar o entendimento da sequência de fatos, ações e intercorrências, permitindo que a escrita pudesse reproduzir a dinâmica das rotas críticas dessas histórias. Inicialmente, tratou-se do silenciamento que envolve as situações de violência, sendo esse o eixo que desenhou as demais categorias: o adoecimento psíquico; o aborto legal como direito restrito; a desorganização social que decorre dessa vivência; e outras rotas críticas, que nem sempre se mostraram de modo claro, podendo ser subliminares ou até legitimadas.

Na população estudada, a maioria das mulheres eram brancas (77%), adultas (60%), com idades entre 10 e 42 anos. A maioria (74,8%) era solteira e 33,1% exerciam trabalho remunerado. Em relação à escolaridade 42,1% tinham ensino fundamental, 33,3% ensino Médio e 24,6% nível superior. Moravam em Porto Alegre 43,3%, na região metropolitana 29,9% e 26,7% no interior do estado. Em 30% dos casos a violência sexual foi a 1ª relação e em 63,8% tratava-se da 1ª gravidez. A gravidez foi resultante de um único episódio de violência em 74% dos casos e houve denúncia policial em 68,5%, sendo que 45% dos agressores era desconhecido da vítima. Entre os meios de coerção foram encontradas a força física (41,7%), ameaças (33,8%), arma/faca (25,2%), substância psicoativa (28,3%), sedução de menores (9,4%).

## 4. Discussão

### 3.1 Entre o silêncio e o segredo: o esconderijo do trauma da violência

O silêncio em relação à violência sofrida foi uma constante na população estudada. Apenas uma das mulheres havia procurado o hospital logo após o estupro e recebido o tratamento profilático para IST e contracepção de urgência no período 72 horas após o ocorrido. As demais decidiram não revelar o estupro ou demoraram para fazê-lo. Quais foram as dinâmicas deste silêncio? Em que tempo e como esse silenciamento se rompeu para permitir a chegada ao serviço de saúde e garantir o direito de interromper a gestação?

Diversos estudos já demonstraram que a violência sexual é uma violência silenciosa (VILLELA; LAGO, 2007; SOUZA; ADESSE, 2005; MACHADO *et al*, 2015). As denúncias aos setores de segurança pública restringem-se a 10% dos casos que ocorrem (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Além de entraves institucionais e culturais que invisibilizam a violência sexual, pode-se pensar em diversos outros fatores que promovem o silêncio das vítimas e que envolvem tanto os sentimentos reativos, como vergonha, medo e nojo do próprio corpo, como a preocupação com o impacto social que o estupro impõe a partir dos julgamentos morais que essa situação desperta (NUNES; MORAES, 2016). Tanto as mulheres adultas quanto as adolescentes em situação de violência sexual enfrentam muitos obstáculos para revelar o ocorrido, mesmo para pessoas de sua confiança (DREZETT; PEDROSO, 2014). Cria-se um segredo em relação à violência sexual e as mulheres acreditam que essa vivência poderá ser suportada e esquecida.

*Diz que foi a pior coisa que aconteceu em sua vida e que só queria esquecer, não contar para ninguém e esperar passar, mas com a gravidez seus planos desmoronaram. (B 115, 20 anos)*

*Veio buscar o serviço pelo medo de contrair uma doença. Descobriu a gravidez nos exames de rastreio. Diz que guardou segredo porque achou que podia esquecer. (H22, 19 anos)*

*Chegou a buscar a emergência no dia da VS, mas não contou sobre o ocorrido e foi medicada para dor de estômago. Diz que sentia muita vergonha e medo e só conseguiu falar da dor no corpo. Ninguém da família sabe do estupro, nem da gravidez. (S19, 33 anos)*

*Diz que ficou muito envergonhada, não contou para ninguém [...] Passou a ter dificuldade de ir trabalhar e passou a ficar só em casa. (V76, 33 anos)*

*Abordada na saída do plantão... não contou para ninguém sobre o estupro. Diz que calculou o risco que teria de contaminação por HIV e preferiu correr esse risco a ter que contar sobre a VS a algum colega para poder usar a profilaxia. (D78, 29 anos)*

*Não contou para a mãe porque sentiu vergonha [...] a mãe já havia alertado sobre os perigos do bairro. (T90, 25 anos)*

*Não conseguiu contar ao parceiro sobre a violência sexual. Não quer que a família saiba. Não quer fazer BO porque seu padrasto trabalha na delegacia de mulheres e ficaria muito constrangida em ir lá e contar e pensar que ele ou outra pessoa que conhece poderiam saber do ocorrido. (C95, 35 anos).*

Segundo Lima, Larroca, Nascimento (2019), as mulheres não buscam o serviço de saúde e passam a acreditar que irão superar o ocorrido e esquecer o trauma sofrido e uma das razões para esse silenciamento é a grande carga moral sobre as mulheres, que é responsável pelo desencadeamento de sentimento de culpa, julgando e culpabilizando a própria mulher pela violência sofrida. Outro aspecto é a falta de informação sobre os cuidados em saúde após um estupro, como o uso das profilaxias para IST, por exemplo.

Existe uma tolerância social em relação à violência sexual, sendo que as próprias mulheres vítimas são consideradas responsáveis pela agressão sofrida, como consequência de alguma atitude ou comportamento. São esses julgamentos externos, de cunho moral, que muitas vezes se fundem com a percepção da vítima, que de alguma forma compartilha desse entendimento. Pesquisa recente, demonstrou que, no Brasil, 42% dos homens concordaram com a afirmação: “Mulheres que se dão ao respeito não são estupradas” e apenas 63% das mulheres discordaram desse enunciado (LIMA; BUENO, 2016). Essa forma de pensar está arraigada em construções sociais machistas e que invertem o lugar da culpa, responsabilizando a vítima pela agressão. Assim, além do receio de serem julgadas e culpadas pela sociedade, as próprias mulheres se culpam pelo que aconteceu. Questionam-se sobre o que fizeram: Por que foram à festa? Por que beberam? Por que saíram após a separação? Por que se separaram ou por que deixaram o ex-marido entrar em casa para conversar? Ou ainda, por não lembrar direito o que aconteceu ou como foram parar naquele lugar depois de terem aceitado uma bebida. Diversos são os arranjos mentais da culpa e até a roupa que vestiam torna-se um dos itens elencados como motivadores da violência e a posterior decisão pelo silenciamento. Há uma inversão do lugar da culpa.

*Se não estivesse de saia isso talvez não tivesse acontecido. (L105, 25 anos)*

*Teve medo de ser julgada [...] 15 dias após a violência sexual procurou médica do convênio para fazer exames de IST, mas não contou sobre o estupro. Ainda tem medo que a família e o ex-marido saibam de algo. Sente-se muito culpada e envergonhada. (S108, 31 anos).*

*Não quer contar ao namorado sobre a violência. Sente vergonha e teme que ele a julgue e culpe. Também se sente julgada pela mãe. (N97, 19 anos)*

*Acordou num dos quartos da casa suja de esperma. Sentiu muita vergonha e culpa. Por isso não contou para ninguém [...] imaginou que alguém pudesse ter tido relação sexual com ela, mas logo decidiu fazer de conta que não havia acontecido nada. (D85, 20 anos)*

O silenciamento encontra alicerce nas relações cotidianas, podendo ser pensado a partir da naturalização da subalternidade da mulher, na medida em que passa a ser responsabilizada pela violência que sofre. Na lógica do patriarcado, o acesso ao corpo da mulher, na condição de objeto, é naturalizado ao ponto de fazer com que a vítima de violência se sinta culpada e, deste modo, não consiga acessar as medidas legais e de cuidados de saúde que poderiam apoiá-la no enfrentamento desta situação e de suas consequências. Juntam-se sentimentos de vergonha e medo a um forte desejo de nunca mais pensar na situação e assim é construída uma crença de que a violência pode ser esquecida, transformando a vivência em uma lembrança, como um pesadelo, irreal e distante. No entanto, a descoberta da gravidez atualiza o trauma e, de modo concreto, aprofunda o drama da violência sofrida, enquanto exige que, em alguma medida, o segredo se desfaça e o silêncio seja rompido. Assim chegam as mulheres ao serviço de referência.

*Faz 15 dias que sabe que está grávida [...] até então tentava pensar que aquilo não aconteceu. (L105, 25 anos).*

*Disse para a avó que havia se desentendido com o namorado e por isso estava chorando [...] só contou para o namorado quando se sentiu estranha, enjoada, com os seios doloridos, suspeitando estar grávida. (Y 91, 19 anos).*

*Só contou para o marido quando descobriu a gravidez. (T90, 25 anos).*

Entre as adolescentes, a descoberta da gestação é, muitas vezes, o rompimento do segredo de uma violência sexual crônica intrafamiliar. Nesses casos, a manutenção do segredo pode ocorrer tanto pela ameaça do agressor, quanto pela vulnerabilidade da idade em entender as possíveis consequências da relação abusiva a que estava submetida. Na violência intrafamiliar, muitas vezes, os agressores são familiares - pais ou padrastos - que violam o vínculo de afeto e cuidado.

*Foi a mãe que percebeu o atraso menstrual da filha e então a menina revelou que havia sido estuprada pelos primos. (C32, 13 anos).*

*Foi internada no hospital X de 31/08 a 5/9 por náuseas, dores abdominais e problemas gástricos, sem melhora. Só então foi feito o diagnóstico de gravidez e aí veio a revelação do abuso sexual pelo padrasto. (E81, 10 anos)*

*Contato feito pela assistente social do hospital P, onde a menina foi internada devido a dor forte nas costas e lombar, além de forte enjoo [...] e foi descoberta a gestação de 8 semanas. A menina revelou o estupro ocorrido em uma festa de 15 anos. (M101, 13 anos)*

*A menina foi levada ao pediatra porque se queixava de dor. Como o tratamento não melhorou o sintoma, o médico pediu eco e descobriu a gravidez. Era um abuso crônico desde dos os 7 anos pelos avodraço. (E47, 12 anos)*

A grande maioria das adolescentes (73,1%) chegaram ao serviço de referência trazidas por suas mães, que no processo de encaminhamento da ILG, também foram as responsáveis pela autorização do procedimento. Em apenas 17,3% dos casos os pais estiveram presentes e acompanhando o processo. Cabe ressaltar, que a realização do aborto legal na adolescência traz exigências legais específicas, não podendo a adolescente decidir sozinha e/ou responsabilizar-se pela decisão de fazer o aborto. É necessária autorização de seu representante legal (CP, 1940; Lei 10.406/2002, art. 1690<sup>4</sup>) e esse “consentimento” dos pais deve ser dado por escrito (BRASIL, 2011).

---

<sup>4</sup> Código Civil, art. 1.690: Compete aos pais, e na falta de um deles ao outro, com exclusividade, representar os filhos menores de 16 (dezesseis) anos, bem como assisti-los até completarem a maioridade ou serem emancipados.

### 3.2 O adoecimento psíquico como nó crítico

Diversos estudos falam sobre a intensidade e a diversidade das reações psíquicas e sobre os quadros clínicos desencadeados pelas situações de violência sexual (MACHADO *et al*, 2015; NUNES; MORAIS, 2016; GUIMARÃES; RAMOS, 2017). Há um aumento no risco para o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e de desenvolver outras doenças psíquicas (GUTTMACHER INSTITUTE, 2018) e são comuns sentimentos como medo, desespero e vergonha, tristeza e a desvalia (LIMA, LARROCA, NASCIMENTO, 2019). Para Drezett (2002), a gravidez decorrente da violência sexual acarreta reações complexas e pode ser vivida como uma nova situação traumática, intensificando o quadro sintomático já estabelecido como sequela da violência. Um aspecto importante em nossa análise foi entender que essas reações emocionais fazem parte dos obstáculos para a chegada ao serviço de saúde.

*Sente um medo intenso, tem a sensação que os agressores vão invadir sua casa. Não suporta a presença do companheiro. Sente raiva e nojo do feto. (K25, 28 anos).*

*Assustada, sono agitado, chorosa, fechada e com dificuldade de seguir suas atividades de rotina, piora à noite - tem dificuldade de pegar ônibus e de ficar próxima de outras pessoas (H22, 19 anos).*

*Deprimida, assustada, com medo de ter contato com as pessoas. Sente vergonha. Não contou para ninguém sobre a VS. (A21, 42 anos).*

*Assustada, revoltada, chorosa, sentimentos negativos em relação à gravidez e ao feto. Diz que sua vida acabou. Não consegue dormir, nem comer, nem trabalhar. Pediu demissão (C20, 27 anos).*

*Chora muito e demonstra intensa angústia. Sente-se exposta e teme que pessoas do seu círculo saibam da violência, sente vergonha (S130, 30 anos).*

*Tem dificuldade de dormir, de comer, de cuidar sua filha de 4 anos (L105, 25 anos).*

*Sente-se triste. Tem pesadelos e lembranças recorrentes. Medos. Tem faltado ao trabalho (N82, 22 anos).*

Para a mulher, contar sua história de violência pode ser outro obstáculo. Admitir-se vítima de uma violência sexual significa desvelar-se em algo muito íntimo, desnudar-se pelas lembranças das cenas da violação e trazer para o consciente lembranças que buscou esquecer de modo muito intenso. A dor da violação é algo extremamente difícil de ser falado. No entanto, manter o segredo da violência é uma estratégia que fracassou diante da descoberta da gestação, exigindo a busca de ajuda. Isso gera extrema angústia e algumas mulheres referem que pensam em

morrer como forma de resolver o problema. Segundo a OMS, experiências relacionadas a conflitos, desastres, violência, abusos e perdas podem estar na base de comportamentos suicidas e situações de crise podem alterar a percepção da realidade do indivíduo e assim interferir na decisão e forma de lidar e resolver problemas (OMS, 2019). Antes de chegar ao serviço de referência, planos e tentativas de suicídio fizeram parte da trajetória de algumas mulheres. A morte, nesses casos foi vista como uma saída, uma forma de se livrar do problema e acabar com a angústia.

*Não contou para ninguém sobre o estupro [...] pensou em se matar para resolver a situação. (S19, 33 anos).*

*Tentou suicídio há mais ou menos duas semanas, em casa. Escreveu cartas para os filhos e tentou se enforcar, mas a corda cedeu. Queria terminar com o sofrimento. (C92, 35 anos)*

*Diz que prefere morrer a levar a gestação adiante. Já planejou como fazer [...] a família não sabe da VS, nem da gravidez. (P99, 24 anos)*

*Pensa em morrer todos os dias, em colocar uma faca em sua barriga. (L105, 25 anos)*

Quadros psíquicos como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e depressão desorganizam a vida das mulheres vitimadas pela violência e muitas vezes as imobilizam, por não saber como solucionar a situação que lhes causa extrema angústia e impotência. De acordo com o CID-10 (1993), o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é caracterizado como um transtorno de ansiedade que ocorre após a exposição a um evento traumático e que é composto por respostas de pavor e medo, interligadas a sintomas de revivência do trauma, evitação e excitabilidade fisiológica aumentada. São comuns sensações de entorpecimento, embotamento emocional, afastamento social, entre outras. A depressão, por sua vez, pode incluir sintomas de tristeza, desânimo, falta de energia e de vontade. Pode haver dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais. Em episódios mais graves é improvável que a pessoa afetada consiga continuar com atividades sociais, de trabalho ou domésticas, sendo que os quadros depressivos podem ir de leves a moderados ou graves, de acordo com a intensidade dos sintomas (OPAS, 2018).

Estudo qualitativo realizado com 37 mulheres vítimas de violência sexual encontrou alterações na qualidade do sono, aumento da sensação de medo de ter contraído alguma infecção sexualmente transmissível, medo da reação e julgamento alheios, dificuldade nas relações interpessoais, impacto negativo na qualidade da vida sexual, além de percepção negativa sobre si e sobre o próprio corpo como possíveis



reações após um estupro. Também foi detectada a presença de TEPT, depressão e alteração nos níveis de auto estima, com correlação significativa entre depressão e TEPT (SOUZA, 2013). Tanto nos quadros depressivos, quanto no TEPT podem ocorrer pensamentos e atitudes que coloquem em risco a vida, como a ideação ou tentativas de suicídio. Foram identificados quadros de TEPT, sintomas depressivos e pensamentos de morte com e sem tentativas prévias de suicídio nos casos analisados.

*Tem ideação suicida [...] planejava se jogar de alguma ponte da cidade. (A129, 15 anos)*

*Muito assustada, sentindo-se muito mal, chorando [...] emagreceu muito, com dificuldades para dormir e pesadelos recorrentes. Sonha que está matando o pastor da igreja (agressor). Depois do ocorrido passou dias sem sair de casa. No momento, com muitos sintomas depressivos: choro intenso, medos, dificuldade nos cuidados de higiene, precisa se esforçar para pentear o cabelo, tomar banho ou olhar-se no espelho. (V89, 36 anos).*

*Refere choro, raiva, insônia [...] Não sai mais de casa e não deixa os filhos saírem. Desistiu de iniciar emprego. Sente medos, tem sono alterado, pesadelos recorrentes e sono agitado. (T90, 25 anos)*

*Envergonhada e culpada. Demonstra grande fragilidade psíquica. Ainda com pensamentos de morte e ruína. Muito fechada, vínculos afetivos e sociais escassos e frágeis. Pesadelos recorrentes intensos. Medo de ficar sozinha e de sair na rua. Duas tentativas de suicídio após a VS: uma tomando duas cartelas e meia de remédios - justificou para a família a tentativa de suicídio dizendo que estava muito sozinha na cidade X e estava deprimida. Quando teve atraso menstrual e percebeu a gravidez, tentou suicídio novamente, desta vez na casa da mãe, por enforcamento (N97, 19 anos)*

*Tentou suicídio quando descobriu a gravidez e foi internada no hospital local. Lá foi orientada a ir à delegacia e fórum para requerer autorização judicial para o aborto. (T03, 29 anos).*

Sem compartilhar o problema, sozinhas e sem informação sobre o direito legal do aborto, acabar com a própria vida passou a ser uma alternativa para se livrar do problema. Em alguns casos, esses pensamentos foram muito intensos e recorrentes e algumas mulheres chegaram ao serviço já com tentativa de suicídio prévia.

### 3.3. Um direito restrito pela desinformação: da negação social ao mecanismo psíquico de negação

A falta de informação das mulheres em relação ao direito do aborto por estupro ou dos cuidados profiláticos pós exposição foi uma constante. A chegada ao hospital ocorreu com a ajuda de um terceiro - delegacia, profissionais e serviços saúde ou de algum amigo(a) ou familiar que já tinha ouvido falar desse tipo de atendimento. Nos últimos anos, a internet foi umas das vias de acesso à informação para a chegada ao serviço. As mulheres referem que pesquisaram por “aborto” ou “como fazer um aborto” e chegaram a notícias sobre violência sexual e sobre a previsão legal de interromper a gestação nessas circunstâncias.

*Procurou informações junto à internet e achou uma reportagem sobre o serviço do hospital. (L105, 25 anos; V111, 24 anos; E120, 29 anos)*

*Não conseguia mais deixar o marido aproximar-se, não conseguia mais dormir e cuidar dos filhos. Piorou quando descobriu a gravidez. Foi orientada por uma amiga sobre a necessidade de pedir ajuda. Pensou em fazer uso de medicação abortiva por conta própria, mas essa amiga a alertou e indicou os hospitais de referência da cidade da cidade. (C95, 35 anos)*

*Soube por uma amiga do serviço de Aborto Legal do hospital. (E87, 31 anos)*

*Acolhida na Unidade Básica de Saúde - orientada a fazer BO e procurar o hospital. (Em 2017 -T90, 25 anos)*

*Contou apenas para os profissionais do hospital S. Não sabia que tinha direito ao aborto [...] diz que quando descobriu a gravidez pensou em se matar para resolver o problema. (J116, 35 anos)*

Segundo Blake (2015), mesmo com a previsão legal para o aborto, que é de longa data, as mulheres não conhecem seu direito e diante de uma gravidez por estupro, muitas vezes, a busca pela resolução do problema se dá pela via clandestina, por abortamentos inseguros. As leis restritivas em relação ao aborto e a dificuldade da sociedade em discutir esse tema contribuem para a invisibilidade desse problema de saúde pública. Antes de chegarem ao hospital, algumas mulheres já buscaram alternativas para abortar, como o uso de chás ou de pílulas abortivas adquiridas no mercado ilegal.

*Paciente referiu ter procurado na internet por clínicas de aborto e ter achado uma reportagem sobre o hospital com informações sobre o direito ao aborto nos casos de violência. (G.84 30 anos; L83, 15 anos; C62 anos, T90; N97; L83, 15 anos; C62, T90; N97 E04 J52)*

*Diz que não lembra o que aconteceu. Achou que não tinha acontecido nada, que só passou mal. A amiga a encontrou no banheiro, passando mal e a levou para sua casa. Contou para a mãe só quando desconfiou da gravidez. Tomou 4 comprimidos de citotec na semana anterior, mas não conseguiu abortar. Então atirou-se na frente de um carro para tentar abortar. Não quer a gravidez. (L83, 15 anos)*

*Usou 3 comprimidos de citotec por conta - 1 via vaginal e 2 via oral. Procurou a emergência já com início de sangramento. (\$04, 19 anos).*

*Usou chás abortivos e medicações que não sabe dizer o nome - tentando abortar. (L62, 34 anos)*

O destino de muitas das gestações decorrentes de estupro é incerto, visto que é expressivo o número de mulheres que não tem acesso aos serviços de referência. Isso ocorre em grande parte pela falta de informação sobre seus direitos, levando as mulheres a buscar a prática do aborto de forma insegura (DREZETT; PEDROSO, 2012). A eficiência das políticas públicas também pode ser questionada, pois a grande maioria dos municípios brasileiros não possui locais credenciados para realização de ILG (MADEIRO; DINIZ, 2016; ANDALAF NETO *et al*, 2012). Pesquisa realizada no Brasil demonstrou que dos 68 hospitais de referência, apenas 37 haviam realizado pelo menos 1 aborto legal no período de 2013 a 2015. Este é possivelmente um dos grandes obstáculos para o acesso a esse direito (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Em alguns casos, a busca por ajuda médica é motivada pela preocupação com IST, mas sem revelar ao médico(a) a violência sexual sofrida. Para essas mulheres, o risco da gravidez não foi percebido como uma possível consequência. Isso foi demonstrado por Souza (2013) em sua pesquisa, em que 50% das mulheres não haviam se preocupado com a risco de engravidar do estupro, mas sim de se contaminar com alguma doença de transmissão sexual.

*Começou a sentir náuseas foi ao médico, tomou medicação para gastrite e só ontem fez eco abdominal total. Então apareceu a gestação. (R114, 21 anos)*

*Buscou o médico porque sentia dores abdominais e fez um check up gástrico [...] obteve o diagnóstico de gravidez por eco abdominal. Já está com 17 semanas de IG. (P99, 24 anos)*

*Diz que tentou levar sua vida normalmente [...] Atribuiu o atraso menstrual ao stress do trabalho. (C95, 35 anos -chega com IG de 16 semanas.)*

*Viu o resultado do exame BHCG alterado e pensou que não era seu, que tinham trocado o sangue no laboratório (B66, 27 anos)*

*Diz que a 1ª vez que veio ao hospital por orientação da prima, na triagem a atendente pediu que falasse mais alto e ficou com muita vergonha e desistiu do atendimento. Na hora pensou que poderia não estar grávida e que ficaria tudo bem. (C131, 32 anos)*

Essa dificuldade de perceber a gestação pode ser atribuída ao processo psíquico de negação. De acordo com a Psicanálise, a negação é um mecanismo de defesa do ego, produzido e usado pelo indivíduo para lidar com coisas dolorosas ou desagradáveis, impedindo-o de perceber a veracidade de algum fato ou situação

(Freud, 1980). O mecanismo de negação é frequente em vítimas de traumatismo ou desastres e pode ser uma resposta inicial protetora e benéfica. Entretanto, de forma patológica, impede que o indivíduo incorpore informações desagradáveis, cujas consequências podem ser emocionalmente danosas (Alves, 2019). Observa-se a intensidade do mecanismo de negação nos casos analisados tanto pela forma como a gravidez foi descoberta (P99, 24 anos e R114, 21 anos), através de uma investigação clínica atribuída a indisposições físicas diversas, no caso a dores abdominais e perturbação gástrica, bem como pelo tempo avançado da idade gestacional (IG), superior a 16 semanas, nos dois casos. Mesmo com a percepção do atraso menstrual, muitas mulheres seguem negando a possibilidade da gravidez, buscando achar outras causas para as mudanças físicas e sinais da gestação. A intensidade do mecanismo de negação foi vista como um dos motivos da chegada tardia ao serviço de mulheres que buscaram a ILG.

Outro aspecto importante da rota crítica foi a longa trajetória percorrida por algumas mulheres até a chegada ao hospital de referência, da qual fizeram parte diferentes atores e uma ampla gama de serviços. Na população analisada, em apenas 19 casos (15%) o hospital foi o 1º serviço procurado. A busca por ajuda se deu em diversos locais da rede de saúde e proteção, com passagem por diferentes serviços, entre eles as UBSs, delegacias, setores do judiciário e do Ministério Público, conselhos tutelares, outros hospitais, centros de referência na atenção à violência, e profissionais de planos de saúde privados.

*Buscou atendimento no hospital F. na sexta passada, mas nesse dia não tinha médico que atendesse a essas situações. Foi orientada por um enfermeiro que poderia vir a este hospital [...] sentiu-se julgada na acolhida da emergência porque quando chegou a médica lhe disse que não era tão simples chegar e já fazer o aborto (S130, 30 anos)*

*Foi encaminhada pela Unidade Básica de Saúde para o hospital C, passou o dia lá fazendo exames, eco, avaliação médica e psicossocial e após foi encaminhada para seguimento neste hospital. O hospital C. informou “não estar apto” para fazer o aborto devido a idade da menina (N117, 11 anos)*

*Após a descoberta da gravidez, a família a levou para fazer o BO e na delegacia da mulher foi encaminhada para a defensoria pública de sua cidade e de lá para este hospital. (E88, 22 anos em 2017)*

*Foi ao hospital Z onde descobriu a gravidez por um eco abdominal devido a dores no baixo ventre, mas não contou sobre o estupro. Depois foi ao Hospital F para solicitar o aborto e orientada a voltar na semana seguinte. Uma amiga a levou ao centro de referência M e lá uma assistente social a acompanhou ao Hospital G, mas disseram que estava superlotado devido aos partos. Então chegou aqui já com 17 semanas de gestação. (P99, 24 anos em 2017)*

Podemos observar que as mulheres percorrem diversos caminhos para realizar um aborto legal. Já cientes do direito, a peregrinação abarcou inclusive serviços de referência e os obstáculos foram desde a falta de profissionais para a realização do procedimento, falta de vagas no setor destinado a internação para o aborto, até o encaminhamento desnecessário para uma autorização judicial. Segundo Machado (2015) a falta de conhecimento sobre a existência dos serviços de referência para atendimento às mulheres que sofrem violência sexual é uma grande dificultador na busca de ajuda logo após o acontecido.

*Buscaram informações na internet porque a mãe entendeu a situação como sendo uma violência. Então fizeram ocorrência policial e na delegacia da mulher da cidade S. foram encaminhadas à defensoria pública e marcaram uma audiência com a juíza, que por sua vez a encaminhou para a secretaria de saúde para providências. A secretaria de saúde da cidade a trouxe hoje ao hospital. (J133, 21 anos em 2018)*

*Sentiu-se pior ainda na delegacia da mulher [...] exposta, humilhada porque todos os presentes ouviram seu relato. Ficou lá 3 horas e seu depoimento foi interrompido várias vezes por outras situações que chegavam pessoalmente ou pelo telefone. A atendente da DAM lamentou - "que pena que são gêmeos" - isso piorou a sua culpa. Diz que essa fala ainda ecoa em sua cabeça após o aborto. (S37, 36 anos)*

O exercício do direito ao aborto inicia com a descoberta da previsão legal, no entanto a obtenção da informação é apenas um dos nós críticos da trajetória. A rede de serviços, tanto da saúde quanto da segurança pública, também demonstra desinformação e uma conseqüente desorganização nos encaminhamentos, muitos deles desnecessários, como no caso de J133 e E88, que foram orientadas de modo equivocado a buscar instâncias jurídicas para obtenção de uma autorização, que não está prevista em qualquer protocolo ou lei. As duas situações são relativamente recentes, tendo ocorrido nos anos de 2017 e 2018, o que demarca uma distorção nos entendimentos dos serviços, de instâncias oficiais e reconhecidas no trabalho de zelar pela segurança e proteção dentro dos princípios legais instituídos. Assim também percebemos a exposição vivida por S37 na delegacia da mulher, desde uma fala que refere ecoar em sua cabeça - "é uma pena fazer um aborto de gêmeos" - a um depoimento que levou três horas para ser colhido, em uma sala coletiva, com diversas interrupções devido a outras demandas que surgiram. Podemos identificar falhas básicas: o despreparo no acolhimento, a falta de celeridade e sigilo que esses casos exigem. Essa certamente é uma rota crítica importante no percurso das mulheres e que demonstra que o trauma da violência sofrida pode ser intensificado pelo dano causado por novas exposições, desta vez nos serviços acessados. Uma

revitimização, que aviva a lembrança da cena traumática e alimenta o processo de culpabilização. Nesses casos, a busca pela ILG foi construída num percurso que cruzou a desinformação da sociedade e dos próprios serviços, o que aumentou a exposição das mulheres a diversos obstáculos, demarcando um direito restrito e invisibilizado.

### 3.4 A desorganização social que decorre da violência: É vida que não segue

Uma das consequências mais visíveis da violência sexual é percebida nas mudanças na organização da vida cotidiana, com importante prejuízo social e ocupacional. Percebe-se que o impacto da violência e da descoberta da gravidez repercute, não somente na saúde física e psíquica das mulheres, mas também no mundo laboral e nas relações sociais: abandono ao trabalho, desistência dos estudos, demissão do emprego por não estar conseguindo desempenhar suas tarefas, afastamento do companheiro, distanciamento do grupo familiar e de amigos, descuido com os filhos. A dificuldade no seguimento das relações íntimas ou de contato físico, por exemplo, demonstrou acarretar problemas conjugais e separações.

*Não conseguiu mais ter relações com o parceiro, inclusive levando o casal a se separar, pois não conseguiu contar a ele que sofreu violência sexual. (C.95, 35 anos)*

*Não manteve mais relação com o marido depois disso [...] tem faltado ao trabalho. (S130, 30 anos)*

*Não sai mais de casa e não deixa os filhos saírem. Desistiu de iniciar emprego. (T90, 25 anos)*

*Não consegue trabalhar. Só quer dormir e não pensar. (Y91, 19 anos).*

*Não foi à aula por alguns dias. Tentou retomar, mas viu os agressores e teve a sensação que riam dela e então abandonou de vez a faculdade. (N97, 19 anos).*

A decisão de abandonar o emprego, estudos ou até mudar de cidade é um dos comportamentos comuns dessas mulheres para tentar distanciar-se da situação vivida. Pesquisas demonstram que quase 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, reduzindo seus ganhos financeiros em até 20% (DREZETT; PEDROSO, 2012).

*Ficou 2 meses dentro de casa, abandonou a faculdade. Saiu de casa somente porque sua mãe estava doente e aí também recebeu atendimento no hospital C e foi quando soube que estava grávida. (E98, 21 anos)*

*Chora muito, tem insônia, pensamentos de morte [...]. Não consegue acessar a memória da situação e isso a deixa muito ansiosa. Quer mudar de cidade para não ter risco de ter contato com o agressor. (E87, 31 anos - estupro desacordada)*

*A família se mudou para proteger a menina [...] necessitou baixa social após interrupção legal da gestação até organização da rede local de proteção. (C32, 13 anos)*

*Abandonou os dois empregos [...] não suporta a presença do companheiro. (K25, 28 anos)*

*Quando contou para o namorado sobre o estupro e gravidez, ele terminou a relação [...] Após o AL foi afastada do trabalho por TEPT. (D85 20 anos)*

*Não saiu de casa por alguns dias. Refere que não voltou a trabalhar, tem medo de andar na rua, não consegue dormir. (R94, 23 anos).*

A desorganização social está vinculada aos sintomas psíquicos, provocando uma reação em cadeia das consequências da violência sexual e ao mesmo tempo causando prejuízos tanto nas relações pessoais como no campo financeiro. Mesmo após o aborto e na tentativa de retomada da rotina, os sintomas podem permanecer e se cronificar.

*Inicia Licença saúde sem condições de retomar o trabalho. Perdeu a promoção por isso. (P99, 24 anos).*

*Percebe que não está bem. Não conseguiu manter o emprego [...] pensava em reconstruir sua vida, mas teve crises de ansiedade, sensação de asfixia, aperto no peito, vontade de sair correndo e pediu demissão [...] agora tem tido pesadelos constantes, de perseguição. Tem medo de encontrar os homens que a violentaram. Tem ficado mais em casa e chora muito. Acha que está fazendo mal à filha de 12 anos, que não sai de perto dela [...]. Voltou a pensar em morrer e em alguns momentos pensou em tomar todos os seus remédios. A família se afastou porque era contra o aborto. (J132, 39 anos).*

Como vimos, a violência sexual ganha complexidade frente às rotas críticas encadeadas pela gravidez. O estigma do aborto, a dificuldade de acessar os serviços, o sofrimento psíquico resultante dos conflitos morais e sociais desorganizam a vida cotidiana, agregando toda sorte de problemas que dificultam a recuperação da vítima.

### **3.5. Outras rotas críticas - entre a validação da palavra e a objeção de consciência**

O diagnóstico da gravidez, descoberta do direito ao aborto legal e chegada ao serviço de referência traçam um percurso singular para cada mulher, com maior ou menor tempo e itinerários distintos. Mas essa é apenas uma das etapas da trajetória, havendo ainda um longo caminho a ser percorrido até a realização do abortamento. O submetimento a rotinas de atendimentos que abarcam tanto os cuidados clínicos, como exames e pareceres técnicos que intentam, ao mesmo tempo, certificar a situação de violência e relacioná-la com a gravidez em curso, desenham um

percorrido protocolar para cada mulher. Essas práticas instituídas pelo serviço norteiam o processo de entendimento de cada caso pela equipe multiprofissional, cujo intuito é construir “uma verdade sobre o estupro”, garantindo às mulheres vítimas o acesso ao direito de abortar. Diniz *et al* (2014) descreve esse processo investigativo ao qual as mulheres são submetidas para, de alguma forma, provar a violência sofrida e pleitear o status de vítima. A construção dessa verdade sobre a violência sofrida é caracterizada por “um conjunto de exames e procedimentos a que a mulher é submetida após apresentar-se como vítima de estupro em busca de um aborto legal” (DINIZ *et al*, 2014, p. 292). Para a pesquisadora, a chegada de uma mulher vítima de estupro no serviço traz consigo uma certa suspeição sobre o que aconteceu e, assim, exige com que de alguma forma as equipes validem a história contada para que o direito ao aborto possa ser exercido.

Por outro lado, torna-se necessário analisar e entender a dinâmica criada pelo serviço diante da ilegalidade do aborto no Brasil e toda a dificuldade presente na discussão do tema pela sociedade. O acolhimento e avaliação realizados pela equipe multiprofissional do serviço de referência obedece a critérios técnicos estabelecidos pelas normativas do MS (BRASIL, 2012) e pelo fluxo interno da instituição, de modo que fique demonstrado a legitimidade do suposto direito. Percebe-se, em diversos registros, o quanto a preocupação da equipe em garantir a veracidade dos fatos é demarcada, como se a legalidade necessitasse ser reconstruída a cada novo caso.

*Não há indicativos de falsa alegação de violência (M107, 32 anos)*

*A história procede, as datas estão de acordo, o relato é contado de forma coerente e relatado da mesma forma com diferentes profissionais (C95, 35 anos)*

*Encaminhamento para o AL com a nova data da VS informada pela paciente. De acordo com a avaliação psicológica a confusão de memória da paciente é comum nesse tipo de situação traumática [...] a nova data reconstituída pela busca de ajuda da amiga está de acordo com o tempo gestacional, bem como a coerência do relato da paciente [...] paciente nega relação consentida desde XX/ 2016 [...] diante do exposto é autorizado o AL (E87, 31 anos)*

Neste hospital, a equipe que acolhe e avalia a situação de violência sexual e a solicitação do aborto legal, não é a mesma que executa o procedimento. Assim, a construção da verdade sobre o estupro e o consequente exercício do direito, acaba sendo mais uma rota crítica, também entre os diferentes atores do processo institucional: a equipe que avalia e a equipe que executa o abortamento. Fassin e Rechtman (2009) falam sobre a economia moral que se produz a partir do necessário



processo social de transformação de uma pessoa em vítima, levando em conta os efeitos simbólicos de um trauma. No caso do estupro, a mulher precisa ser percebida como vítima pela equipe e é isso que garante a ela o acesso ao direito. Esse processo de reconhecimento nos serviços de referência, segundo Diniz *et al* (2014) se dá através de uma espécie de inquérito investigativo, que exige a produção de um nexo causal entre a violência sofrida e a gravidez em curso. O trabalho em regime de exceção, dentro de um contexto nacional de ilegalidade, é o pano de fundo que alimenta o temor dos profissionais no trânsito entre o que é permitido por lei e o imaginário dos possíveis riscos desse lugar que ocupam. Assim, as longas e complexas rotinas e fluxos de atendimento podem ser lidas como modos de salvaguardar a lei e a moral, havendo um entendimento, enquanto serviços de aborto legal, de responsabilidade, não só pela decisão do direito ao aborto, mas também pela manutenção da garantia desse direito, respaldado pelo cumprimento estrito de todas os protocolos pré-estabelecidos. Isso pode explicar, em parte, a dinâmica de cobrança e policiamento exercida não somente sobre “os corpos das mulheres, mas também sobre seus próprios regimes de funcionamento e suas práticas de assistência” (DINIZ *et al*, 2014, p.296).

A revalidação da decisão da mulher é outro aspecto que foi observado nos registros analisados. Mesmo após a avaliação protocolar da equipe multiprofissional, assinatura de todos os termos requeridos pelo protocolo e já em vias de iniciar o procedimento, novas certificações podem refazer o processo decisório sobre o aborto. Trata-se do questionamento da decisão da mulher ou da verificação da certeza sobre sua decisão. Pode se entender essa prática como uma busca de proteção do profissional da área médica, de possíveis riscos de criminalização que fazem parte do imaginário social que envolve o abortamento, mas que acaba caracterizando mais um nó crítico da rota percorrida.

*Na baixa hospitalar médico plantonista retoma a pergunta sobre a certeza da decisão do aborto. (E87, 31 anos)*

*Na internação, médico plantonista anota que conversa com paciente e acompanhante sobre riscos e implicações legais do processo. (C32, 13 anos)*

*Na internação foi realizada nova ecografia para confirmar idade gestacional. (T90, 25 anos)*

Para uma mulher, falar sobre a violência sexual não é algo simples e pode se tornar ainda mais penoso diante de tantos obstáculos que precisam ser ultrapassados

no percurso. O trauma da violência pode ainda ser intensificado pelo trauma da internação, criando novas cenas e sensações que se sobrepõem ao próprio trauma do estupro e descoberta da gravidez, como vemos em alguns relatos descritos.

*Diz que a internação foi uma experiência muito difícil, que ficou assustada, sentiu muita dor [...] a pior parte foi ver o feto! Não queria ver, mas o médico insistiu por três vezes e ela acabou concordando [...] conta que aquela imagem a acompanha e que essa foi a parte mais difícil e que acaba voltando em sua memória. (V89, 36 anos)*

*Refere que durante a internação foi perguntada diversas vezes, sobre a certeza da sua decisão de interromper. No prontuário foi registrado: 'ciente das implicações legais da interrupção da gestação'. (A21, 42 anos)*

*Culpa-se pelo aborto - diz: 'assim como o feto, também mereço morrer'. Muito traumatizada com a imagem do feto que a médica a obrigou a olhar, apesar de ter dito que não queria ver. Tem pesadelos com o feto. 'Aquele imagem não sai da minha cabeça' diz. (S30, 33 anos)*

As rotinas e intervenções ligadas a ILG estão descritas tanto na Norma Técnica de Agravos Resultantes da Violência sexual (BRASIL, 2012), quanto na Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005), dando ênfase à acolhida, ao não julgamento, às orientações e ao cuidado às mulheres. A inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres em abortamento busca promover os direitos sexuais e reprodutivos e garantir uma prática segura, sustentável e efetiva (BRASIL, 2005). Entretanto, pode-se perceber que na rotina clínica ainda há uma certa lacuna ou falta de espaço na tratativa dessa temática relacionada à saúde da mulher. Observa-se nos registros de informações dos prontuários clínicos, que o aborto legal fica mesclado com as práticas cotidianas relacionadas ao pré-natal e gravidez desejada. Diversos descritores clínicos nas internações para ILG demonstram essa contradição:

*Solicitados exames de pré-natal e de abuso sexual. (K25, 28 anos)*

*Indução do trabalho de parto. (K25, 28 anos)*

*Paciente bem, boa movimentação fetal. (B72, 12 anos)*

Pode-se entender essa situação como uma tentativa de alocar o saber já estabelecido em outros cuidados em saúde da mulher, para as práticas do processo de abortamento legal. Esse cuidado parece nem sempre ter uma formatação clara, mesmo dentro de um serviço de referência. Percebe-se que o aborto legal está em um lugar de cuidado ainda em construção, sendo realizado nas brechas do trabalho instituído e oficial de atendimentos de pré-natal e parto. Podemos nos perguntar qual a visão sobre aborto e sobre o aborto legal desses profissionais? Seria o abortamento

um pré-natal que não deu certo? Induzir um aborto é uma prática de trabalho reconhecida por esses profissionais? Ou o estigma social em relação à violência sexual, como marca que não se apaga e que identifica as vítimas, pode também ser reproduzida pela negativa do olhar do profissional, sem o entendimento claro de que os exames e procedimentos necessários no cuidado de saúde no caso de uma ILG, mesmo em se tratando de uma gravidez, não é um pré-natal, tão pouco uma indução de parto? Segundo Madeiro e Diniz (2016), crenças religiosas e o medo do estigma permeiam as práticas ligadas ao aborto na área da saúde e acabam afastando os profissionais das equipes, pois muitos médicos temem ser vistos como aborteiros pelos seus pares. Além disso, o medo de ser incriminado por fazer algo fora da lei, desencadeia questionamentos sobre a veracidade da violência sexual sofrida pela mulher.

Somado a isso, outro obstáculo na trajetória das mulheres na realização da ILG é o crescente uso de alegações de objeção de consciência por parte de médicos e outros profissionais da saúde para justificar a recusa em efetuar os procedimentos necessários para a realização do aborto (TRUONG; WOOD, 2018). Segundo Faúndes (2007), apesar de a maioria dos profissionais concordarem com o direito da mulher de interromper uma gestação decorrente de estupro, apenas 50% demonstram disponibilidade para realizar o procedimento.

O termo “objeção de consciência” surge no meio militar, sendo um conceito historicamente associado ao direito de se recusar ou aceitar fazer parte das forças armadas ou na guerra devido a bases religiosas ou morais. Na organização militar, diante da alegação de objeção de consciência, cabe o cumprimento de ação alternativa, como serviço voluntário, por exemplo (TRUONG; WOOD, 2018). A adoção dessa prerrogativa pelos profissionais de saúde é amplamente reconhecida e aceita pelos conselhos de ética das categorias, principalmente na área médica (CFM, 2019). No entanto, cabe ressaltar um importante diferencial: adesão à profissão na área da saúde é voluntária, ao contrário do serviço militar conscrito. O objetor militar paga um preço, muitas vezes passando por um processo de habilitação do governo, realizando serviços alternativos obrigatórios e frequentemente enfrentando estigma e discriminação. No caso da recusa de cuidados de saúde com base nas reivindicações de objeção de consciência, os prestadores de cuidados em saúde não são convocados a prestar qualquer compensação, apenas se isentam do procedimento.

Na área da saúde, a objeção de consciência não é um direito absoluto e não poderá ser alegado na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente. Cabe ressaltar que, na negativa de um atendimento em saúde por objeção de consciência, a parte mais gravemente afetada é a pessoa que teve o cuidado negado. A negligência no atendimento de casos de aborto por objeção de consciência é um fenômeno que viola a ética do princípio de “não fazer mal”<sup>5</sup> e têm graves consequências para as mulheres, especialmente para aquelas mais vulneráveis e marginalizados. Uma mulher que teve um aborto negado pode não ter escolha a não ser continuar com a gravidez indesejada, ou então recorrer a um aborto clandestino e inseguro, que pode ter graves sequelas para sua saúde ou risco de morte (TRUONG; WOOD, 2018). A objeção de consciência é mais um nó crítico na trajetória de acesso ao direito da ILG.

*Programada a baixa hospitalar em dia “com médico disponível” - significa médico sem objeção de consciência. (J11, 16 anos)*

*Anestesiologista registra nota no prontuário contrário ao aborto e eximindo-se da assistência por alegação de objeção de consciência. (A5, 12 anos)*

*Por não ser uma urgência, ficará para o dia seguinte a retomada do procedimento - anotação médica. Pcte ouviu a médica do setor dizer que é contra o aborto e que deveria deixar a gestação chegar a termo e dar a criança para adoção. (L17, 37 anos)*

*Médico escreve no prontuário - converso com paciente e mãe e explico situação sobre posição do grupo de plantão e anestesistas [...] reforço situação moral e ética dos plantonistas para a não realização do procedimento. Plantão dá alta e combina retorno para manhã seguinte. (V16, 13 anos)*

*Interno pcte e aguardo profissional que concorde com interrupção [...] converso com paciente sobre decisão da equipe em não iniciar a interrupção por conflito ético. Paciente e familiar se demonstraram compreensivas com a conduta da equipe e concordaram em aguardar a troca do plantão. (F42, 17 anos)*

*Oriento riscos, entre eles: perfuração uterina, hemorragia, infecção, sinéquia uterina, complicações que demandem retirada do útero [...] oriento também sobre a possibilidade de manter a gestação [...] com assistência pré-natal, assistência psicológica, vínculo mãe-feto e possibilidade de adoção da criança por outro familiar ou terceiro. (G54, 13 anos)*

Segundo pesquisa realizada no Brasil, as decisões médicas relativas as realizações do aborto legal se diferenciam quando a vítima são mulheres adultas - para o qual as equipes de saúde tendem a apresentar maior objeção de consciência,

---

<sup>5</sup> Segundo Goldim (1997) o princípio da não-maleficência refere-se à obrigação de não causar dano intencional, sendo essa uma das bases da ética médica. Esse é um dos princípios básicos da bioética.

pois crianças e adolescentes são percebidas como vítimas inocentes da violência (DINIZ et al, 2014). Percebe-se uma avaliação social dos crimes sexuais que pode considerá-los como hediondos, em especial quando envolvem crianças, até uma certa banalização da situação, a partir da imagem que se faz da vítima, de seu comportamento e moralidade (OLIVEIRA *et al*, 2005), o que vai ao encontro do conceito de economia moral e construção social da vítima (FASSIN; RECHTMAN, 2009). No entanto, na população analisada não foi possível verificar diferenças entre os níveis de objeção de consciência em relação a idade das vítimas, estando a alegação presente tanto em casos de adolescentes quanto de mulheres adultas.

## **5. Considerações Finais**

A trajetória percorrida pelas mulheres para realização do aborto após uma violência sexual é traçada de modo singular e encontra os mais diversos obstáculos. Trata-se de um roteiro único, com atores e enredos que podem facilitar, dificultar ou até impedir o exercício desse direito.

O encadeamento inicia pelo impacto emocional e pela tentativa de manter em segredo a violência sofrida. Logo somam-se uma gama de reações psíquicas que decorrem do trauma, como medos, vergonha, culpa, tristeza, baixa autoestima, perturbações de sono, entre outras, até alterações no comportamento, como retraimento social, desorganização nas atividades da vida cotidiana, perdas de emprego e de relações afetivas.

Outra importante barreira que necessitou ser transposta foi a desinformação. Além do direito ao aborto, as mulheres precisaram descobrir quais os serviços que ofereciam o atendimento necessário para a realização da ILG e as formas de acessá-los. Ficou marcado, neste estudo, a desinformação da sociedade em relação a um direito já previsto em lei há aproximadamente 80 anos, bem como o conhecimento precário de importantes setores da rede de saúde e proteção, criando encaminhamentos desnecessários e onerando o processo de busca por ajuda. A falta de informação foi percebida como importante nó crítico, sendo um dos fatores que infligiu percursos mais longos, postergando a realização da ILG. Este estudo reforça os apontamentos de Machado (2015), indicando que, para além da criação de políticas públicas que atendam a essas situações, é necessário que haja uma adequada

divulgação desse direito e dos serviços que podem ser acessados pelas mulheres após uma violência sexual. Além disso, nas circunstâncias em que o aborto é permitido, equipes e gestores de saúde devem assegurar o acesso aos abortos de modo seguro. Ressaltamos, ainda, a importância da sensibilização dos profissionais que realizam o atendimento, em um trabalho de educação permanente em relação a todos os aspectos que envolvem atender uma mulher após uma violência sexual e na realização do aborto legal, com ênfase no acolhimento humanizado e no não julgamento (BRASIL, 2005).

Quando apontamos os nós críticos que envolveram a realização do aborto legal, mesmo após a chegada ao serviço de referência, elencamos aspectos ainda pouco visíveis dessa rota. Inferimos que o contexto da ilegalidade contribui para a manutenção do estigma relacionado ao aborto, que as alegações de objeção de consciência também foram obstaculizadores do processo, onerando o custo do procedimento, na medida em que prolongaram a tempo de internação. Percebemos o quanto o trabalho relacionado à realização do aborto legal ainda fica à margem de outros cuidados de saúde, enfrentando pressões sociais e constantes tensionamentos que dificultam sua implementação de modo mais humanizado, de acordo com as diretrizes e normas técnicas.

Este estudo buscou dar visibilidade não somente a uma demanda de saúde pública que envolve a vida das mulheres e todo seu entorno, mas também às políticas públicas, que apesar de marcarem importante avanço, demonstraram que a garantia de fato a esse direito é um processo ainda em andamento, precisando ser legitimado a partir de práticas clínicas que validam a construção social das vítimas para o acesso ao aborto.

Entendemos que houve limitações no alcance desse trabalho, relacionados principalmente a dois aspectos: a fonte dos dados restrita a informações de prontuários e outros documentos, cujo preenchimento foi realizado de modo não padronizado e por diferentes profissionais e por tratar-se de população atendida em um único serviço. Possivelmente as questões levantadas possam ser ampliadas em pesquisas futuras, que contemplem uma gama maior de serviços. Apontamos, ainda, a ideia de investigar de modo mais aprofundado as rotas críticas percorridas, através de entrevistas individuais, em uma proposta metodológica que permita com que as personagens envolvidas tragam à cena fatos e dados que aqui não puderam ser

percebidos. No entanto, entendemos que a configuração descrita sobre a rota crítica que as mulheres vítimas de violência percorrem na busca pelo exercício do direito ao aborto legal, trouxe à luz importantes aspectos desse processo e que pretendem ajudar na ampliação do conhecimento dessa temática, aumentando a visibilidade dessa questão e conseqüentemente uma maior garantia de atendimento.

Por fim, ressaltamos que questionar o direito ao aborto legal é reafirmar o lugar de culpa das mulheres, sendo que projetos que visem a extinção de um já restrito direito são um retrocesso social e uma ameaça a construção da equidade de gênero.

## 6. Referências Bibliográficas

ALVES, Caion. **Os mecanismos de defesa da mente**. OPAS. 2019. Disponível em: <https://opas.org.br/os-mecanismos-de-defesa-da-mente-repressao-negacao-projecao-deslocamento-regressao-e-sublimacao/>. Acessado em: 05 fev. 2020.

ANDALRAFT NETO. J, FAÚNDES. A, OSIS. MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**: 2012; 40:301-6 Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/trabalho\\_publicado/Maria%20Jose%20Martins%20Duarte%20Osis.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/trabalho_publicado/Maria%20Jose%20Martins%20Duarte%20Osis.pdf). Acessado em: 04 fev. 2020.

BLAKE, Marcia de Toledo et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 8, mar. 2015. ISSN 1755-7682. doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1628>. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1004>. Acessado em: 08 jan. 2020.

BARATA, Rita Barrados. Relações de gênero e saúde: desigualdades ou discriminação? **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde** (online). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Temas em saúde collection, pp 73-94 ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SCIELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acessado em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei Nº. 2.848 de 07 de dezembro de 1940**. Aprova o Código Penal Brasileiro. Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Presidência da República. **Lei no 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Artigo 1690, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1058 de 01 de abril de 2005**. Dispõe sobre os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2005.

BRASIL. Presidência da República. **LEI Nº 8.069**, DE 13 DE JULHO DE 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL\\_03/LEIS/L8069.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). ACESSADO EM: 19/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 528 de 01 de abril de 2013**. Define regras para a habilitação do funcionamento dos serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2ª. ed.) – **Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** – Caderno no 7. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54** - Anencefalia. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. **Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** – Caderno no 6. Brasília: 2012.

BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio de. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Anuário brasileiro de segurança pública**. 13a Edição. São Paulo, 2019. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/11/infografico-consicencia-negra-2019-FINAL\\_site.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/11/infografico-consicencia-negra-2019-FINAL_site.pdf) Acessado em: 28 dez. 2019.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde**. Brasília: Ipea, 2014.

CHECA, Susana. Género y Sexualidad en América Latina. **Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales**, 1(1), 15-41. 2012. Disponível em: <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/157/247>. Acessado em: 02 fev. 2020.

CID-10. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**, Brasília: 2019.

CONVENÇÃO Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher = **Convenção de Belém do Pará**. Organização dos Estados Americanos, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acessado em 03 fev. 2020.



DINIZ, Debora et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=pt&nrm=iso). Acessado em: 04 dez. 2018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 08 jan. 2020.

DREZETT, Jefferson. Aspectos Biopsicossociais da Violência: Aborto Legal - Implicações Éticas e Religiosas. **Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir**, São Paulo: p. 115-128, 2002.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. Aborto e violência sexual. **Cienc. Cult.** São Paulo, v. 64, n. 2, p. 35-38, June 2012. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200015>. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso). Acessado em 16 jan. 2020.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. Aborto e violência sexual. **Cienc. Cult.** São Paulo, v. 64, n. 2, p. 35-38, June 2012. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200015>. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 04 fev. 2020.

FASSIN, Didier. RECHTMAN, Richard. The Empire of Trauma: **An Inquiry into the Condition of Victimhood**. Princeton University Press. New Jersey, 2009.

FAUNDES, Anibal et al. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 192-199, Apr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000400005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400005&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 04 dez. 2018.

FREUD, Sigmund. **Inibições, sintomas e angústia** -1ª ed. 1926. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. vol. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.

LIMA, Maria Cristina Dias de; LAROCCA, Liliana Muller; NASCIMENTO, Dênis José. Legal abortion after rape: true stories, necessary dialogues. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 417-428, Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912110>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000200417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200417&lng=en&nrm=iso). Acessado em 28 dez. 2019.

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela Ester; BELOMÉ DA SILVA, Maura Carolina; MAIA, Melanie Noël; PEREIRA SALVADOR DE OLIVEIRA, Denize Ornelas. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1791, 23 fev. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791>. Acessado em: 03 fev. 2020.

GOLDIM, José Roberto. Princípio da Não-Maleficência. Porto Alegre: 1997. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/naomalef.htm>. Acessado em 05 fev. 2020.

GUIMARÃES, Aniete Cintia Medeiros; RAMOS, Karla da Silva. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de Violência Sexual. **Revista de Enfermagem**. UFPE on line. Recife, 11(6):2349-56, jun., 2017. DOI: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201713. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32162>. Acessado em: 04 fev. 2020.

GUTTMACHER Institute. Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–**Lancet Commission**. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9) Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) published online May 9, 2018. Acessado em 03 fev. 2020.

MACHADO, Carolina Leme *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-353, Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051714>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000200345&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200345&lng=en&nrm=iso). Acessado em 04 fev. 2020.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 16 jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de S. Prefácio. **Rotas Críticas: Mulheres Enfrentando a violência**. Stela Nazareth Meneghel (org). São Leopoldo. Editora Unisinos, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262. 1993.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.17, n. 2, p. 21-36, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso) Acessado em 08 jan. 2020

OWOLABI, Onikepe O; BIDDLECOM Ann; WHITEHEAD, Hannah S. Health systems' capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis-using signal functions. **Lancet Glob Health** 2019; 7: e110–18. Published Online. November 29, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30404-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30404-2). Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(18\)30404-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(18)30404-2.pdf). Acessado em: 04 fev. 2020.

OMS. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Traduzido por Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo: 2014. Disponível em: <http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acessado em: 28 dez. 2019.

OMS. **Suicídio**. Organização Mundial de Saúde. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acessado em 03 dez. 2019.

OMS. **Notícias do Brasil**. Nações unidas Brasil. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-aborda-consequencias-da-violencia-sexual-para-saude-das-mulheres/>. Acessado em: 01 dez. 2019.

OPAS. **Banco de notícias**. Organização Panamericana de Saúde no Brasil. 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5508:cerca-a-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5508:cerca-a-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820). Acessado em: 17 dez. 2019.

OPAS. **Boletim informativo** - Depressão. Organização Panamericana de Saúde. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095). Acessado em 18 fev. 2019.

SAGOT, Montserrat. A Rota Crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. p. 23-50. **Rotas Críticas Mulheres enfrentando a Violência**. Stela Nazareth Meneghel (org.). São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, vol. 20, no. 2, p. 71-99, 1995.

SOUZA, Flávia Bello Costa de. Consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas [dissertação mestrado]. São Paulo: Programa de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP: 2013.

SOUZA, Cecília de Mello e; ADESSE, Leila. **Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Ipas-Brasil e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, Brasília: 2005.

TAKITANE, Juliana et al. Aspectos médico-legais das substâncias utilizadas como facilitadoras de crime. **Saúde, Ética & Justiça**. 2017;22(2):66-71. DOI:

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p66-71>. Disponível em:  
file:///home/chronos/u-0263a2c4c2851fd2779a3f9e6cdc3213bea6c951/MyFiles/Downloads/145418-Texto%20do%20artigo-309258-1-10-20180902%20(1).pdf Acessado em: 04 de fev. 2020.

TRUONG, Michelle. WOOD, Susan Y. **Unconscionable: When provides deny abortion care**. International Women's Health Coalition. 2018. Disponível em: [https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/IWHC\\_CO\\_Report-Web\\_single\\_pg.pdf](https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/IWHC_CO_Report-Web_single_pg.pdf). Acessado em: 23 dez. 2019.

VILLELA, Wilza V; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, Feb. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200025>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 04 fev. 2020.

## 11. Conclusão

Esta pesquisa analisou os casos de mulheres que engravidaram em decorrência de estupro e realizaram o aborto legal, entre o período de 2000 e 2018, englobando todos os casos atendidos desde a implantação do Programa de Atenção às Situações de Violência Sexual em um hospital público de Porto Alegre. Foram identificados 127 casos, possibilitando a (re)construção da série histórica de atendimentos. Observou-se a falta de sistematicidade na organização do registro de dados nos anos iniciais, dificultando a identificação dos casos atendidos.

A análise dos dados objetivos permitiu descrever o perfil sociodemográfico da população atendida, sendo que a maior parte das mulheres eram brancas, adultas, com bom nível de escolaridade e moradoras de Porto Alegre. Quanto à violência sofrida, constatou-se um alto índice de agressões que se enquadram como estupro de vulnerável (55%), entre eles adolescentes menores de 14 anos, mulheres com deficiência e mulheres que foram estupradas mediante sedação. A violência foi aguda em 74% dos casos e crônica em 26%, em 68,5% houve registro policial. Em 44,9% o agressor era desconhecido da vítima e quando conhecido (27%) tratava-se de violência crônica. Em 68,5% dos casos houve registro policial.

As mulheres chegaram ao serviço no primeiro trimestre de gestação (68,5%), sendo que o tempo médio, desde a chegada ao serviço até a alta hospitalar após o AL, foi de 11,4 dias. O tempo de internação foi em média de 2,98 dias.

As situações vividas pelas mulheres após a violência sexual e descoberta da gravidez foram agrupadas em categorias e descritas como rotas críticas na busca pelo AL. Foram percebidos diversos obstáculos, sendo que o silenciamento diante da situação de violência foi identificado como o primeiro nó crítico do processo. Assim delinear-se cinco categorias:

1- Entre o silêncio e o segredo: a dificuldade em buscar ajuda após um estupro, fazendo dessa vivência um segredo que acaba se revelando com a descoberta da gravidez.

2- O adoecimento psíquico como nó crítico: sintomas e quadros reativos ao trauma da violência e descoberta da gravidez, tais como medos, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida.

3- Um direito restrito: intensidade do mecanismo psíquico de negação relacionado a gravidez, somado com a desinformação do direito ao aborto que retardam a chegada das mulheres ao serviço e dificultam o exercício do direito.

4- A desorganização social que decorre da violência: perda de emprego, separação conjugal e abandono dos estudos desencadeados pela vivência traumática.

5- Outras rotas críticas: fluxos institucionais, validação da violência sofrida e objeção de consciência de profissionais demonstram aumentar o sofrimento das vítimas e alongar o tempo do processo.

Este estudo possibilitou um maior entendimento sobre as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no exercício do direito ao aborto após uma violência sexual, apontando algumas das múltiplas facetas envolvidas nesse processo. A análise se restringe à população atendida neste serviço de referência, o que traz limitações à pesquisa. Além disso, por tratar-se de estudo retrospectivo baseado em dados de prontuários, não permitiu o aprofundamento de alguns aspectos identificados, sugerindo a necessidade do seguimento desta investigação.

## 12. Referências Bibliográficas

BARATA, Rita Barrados. Relações de gênero e saúde: desigualdades ou discriminação? **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde** (online). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Temas em saúde collection, pp 73-94 ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SCIELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org> acessado em 02 fev. 2020.

BLAKE, Marcia de Toledo et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 8, mar. 2015. ISSN 1755-7682. doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1628> Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1004> Acessado em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Código Penal. **Decreto-Lei Nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940**. Aprova o Código Penal Brasileiro. Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica (1a ed.) – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao abortamento**. 2a edição. Ministério da Saúde, Brasília: 2011.

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**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1058 de 01 de abril de 2005**. Dispõe sobre os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 528 de 01 de abril de 2013**. Define regras para a habilitação do funcionamento dos serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BUENO, Samira; PEREIRA, Carolina; NEME, Cristina. **A invisibilidade da Violência no Brasil**. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Ano 13. 2019

CERQUEIRA, Daniel; COELHO Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde**. Brasília: Ipea: 2014.

CHECA, Susana. Género y Sexualidad en América Latina. **Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales**, 1(1), 15-41. 2012. Disponível em: <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/157/247> acessado em: 02 fev. 2020.

CID-10. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas: 1993.

CIPD. Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento = **Conferência do Cairo**.1994. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conferencia-de-populacao-do-cairo-de-1994-e-destaque-na-assembleia-geral-da-onu/> acessado em 03 fev. 2020.

CONFERÊNCIA Mundial sobre a Mulher. **Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz**. Pequim: 1995. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acessado em 03 fev. 2020.

CONVENÇÃO Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher = **Convenção de Belém do Pará**. Organização dos Estados Americanos, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> acessado em 03 fev. 2020.

DINIZ, Debora *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=pt&nrm=iso). Acessado em: 04 dez. 2018.

DREZETT, Jefferson. Aspectos Biopsicossociais da Violência: Aborto Legal - Implicações Éticas e Religiosas. **Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir**, São Paulo: p. 115-128, 2002.

FAUNDES, Anibal et al. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 192-199, Apr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000400005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400005&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 04 dez. 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth Maria; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela Ester; BELOMÉ DA SILVA, Maura Carolina; MAIA, Melanie Noël; PEREIRA SALVADOR DE OLIVEIRA, Denize Ornelas. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1791, 23 fev. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791> acessado em: 03 fev. 2020.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Accelerate progress** - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission.



[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9) Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)  
[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online May 9, 2018 Acessado em 03 fev. 2020.

HUNGRIA, Néelson; LACERDA, Ramão Côrtes; FRAGOSO, Heleno Claudio.  
**Comentários ao Código Penal** – Decreto Lei No. 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Volume VII (Arts. 197 a 249), 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1981.

KNAUTH, Daniela Riva; LEAL, Andréa Fachel. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface**. Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-467, Sept. 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0274> Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000300457&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300457&lng=en&nrm=iso). Acessado em 16 abr. 2020.

KYRIAKOS, Norma; FIORINI, Eliana. A dimensão Legal do Aborto no Brasil. Implicações Éticas e Religiosas. **Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir**, São Paulo: p. 131-146, 2002.

LIMA, Carolina Alves de Souza. **Aborto e Anencefalia**: Direitos Fundamentais em Colisão. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

LIMA, Maria Cristina Dias de; LAROCCA, Liliana Muller; NASCIMENTO, Dênis José. Legal abortion after rape: true stories, necessary dialogues. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 417-428, Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912110>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000200417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200417&lng=en&nrm=iso). Acessado em 28 dez. 2019.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 04 dez. 2018.

MINAYO, Maria Cecília S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília S. Laços perigosos entre o machismo e a violência. **Ciência e saúde coletiva**, 10 (1):18-34, 2005

MINAYO, Maria Cecília de S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 239-262. 1993.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.17, n. 2, p. 21-36, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200003&lng=pt&nrm=iso) Acessado em: 08 jan. 2020

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 376-382, June 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=en&nrm=iso). Acessado em 03 fev. 2020.

OMS. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Traduzido por Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo: 2014.

PORTO ALEGRE (município). Procuradoria Geral Municipal. **Lei 7781/96**. Dispõe sobre o atendimento em hospitais pertencentes ou conveniados ao SUS no município de Porto Alegre, nos casos de aborto previstos na legislação penal brasileira e dá outras providências. Porto Alegre: 1996.

PORTO ALEGRE (município). **Decreto Nº 11784**. Regulamenta a lei nº 7781, de 15 de abril de 1996. Estabelece outras providências necessárias para a instituição do programa de assistência às mulheres vítimas de abuso sexual. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/p/porto-alegre/decreto/1997/1178/11784/decreto-n-11784-1997-regulamenta-a-lei-n-7781-de-15-de-abril-de-1996-e-estabelece-outras-providencias-necessarias-para-a-instituicao-do-programa-de-assistencia-as-mulheres-vitimas-de-abuso-sexual> Acessado em: 26 mar. 2020.

SAGOT, Montserrat. A Rota Crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. p. 23-50. **Rotas Críticas Mulheres enfrentando a Violência**. Stela Nazareth Meneghel (org). Editora Unisinos. São Leopoldo. 2007.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, vol. 20, no. 2, p. 71-99, 1995.

TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004). **Caderno Católicas pelo Direito de Decidir nº 13**. CDD. São Paulo: 2005.

TROUNG, Michelle. WOOD, Susan Y. **Unconscionable: When provides deny abortion care**. International Women's Health Coalition. 2018. Disponível em: [https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/IWHC\\_CO\\_Report-Web\\_single\\_pg.pdf](https://31u5ac2nrwj6247cya153vw9-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/06/IWHC_CO_Report-Web_single_pg.pdf). Acessado em 23 dez. 2019.

## 13. Apêndices

### 13.1 Formulário de coleta de dados

Número do Protocolo: \_\_\_\_\_

ano do aborto: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sobre a VS

Data da chegada ao CO/Centro de referência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da chegada ao serviço ambulatorial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da baixa hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da alta hospitalar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dias de internação: \_\_\_\_\_ dias

Situação da violência: ( ) 1-pontual 2-recorrente

Boletim de ocorrência: ( ) 1-sim 2-não

Necessário representante legal? ( ) 1-sim 2-não Quem: \_\_\_\_\_

#### 3. Sobre a paciente

3.1 Raça/cor: ( ) 1-branca 2-negra 3-parda 4-outra \_\_\_\_\_

3.2 Local de moradia: ( ) 1. Poa 2- região metrop 3. interior do RS 4- outros estados . Nome da cidade: \_\_\_\_\_

3.3 Escolaridade: ( ) 1-Ens. fundamental completo 2. Fund. incompleto

3. Ens. médio comp. 4- médio incomp 5 -superior completo 6-super incompleto

3.4 Ocupação/Profissão: ( ) 1-estudante 2-trabalho remunerado 3-atividade do lar 4-outro \_\_\_\_\_

3.5 Renda: \_\_\_\_\_

3.6 Situação conjugal: ( ) 1-solteira 2-casada/união estável 3-divorciada 4-viúva

3.7 Religião: ( ) 1-católica 2-evangélica 3- outra \_\_\_\_\_

3.8 Foi a 1ª relação sexual? ( ) 1-sim 2-não

3.9 Utilização de métodos contraceptivos previamente: ( ) 1-sim 2-não Qual? \_\_\_\_\_

3.10 N° de gestações: \_\_\_\_ N° de partos: \_\_\_\_ N° de filhos: \_\_\_\_ N° de abortos \_\_\_\_

3.11 Diagnóstico de IST na 1ª consulta: \_\_\_\_ qual ? \_\_\_\_\_

3.12 Diagnóstico de IST no seguimento: \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

3.13 Déficit cognitivo ( ) 1Sim 2 ( ) Não

#### 4. Sobre o agressor e situação de VS

4.1 Conhece o agressor: ( ) 1-sim 2-não

4.2 Relação com o agressor: ( ) 1-pai 2. Padrasto 3.companheiro 4-ex -  
companheiro 5- namorado 6-ex namorado 7- outro familiar 8-vizinhos  
9- desconhecido 10. Outro \_\_\_\_\_

4.3 Número de autores da violência: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

4.4 Características da Situação de Violência:

4.5 Forma(s) de constrangimento(s) utilizado(s): ( ) 1- força física 2- ameaças 3. arma de fogo 4. Faca 5.vítima sob efeito de álcool ou outra droga 6. sedução Qual?

4.6 Local da violência: \_\_\_\_\_

4.7 Dia da semana e/ou horário \_\_\_\_\_

4.8 Há relato de outras violências? \_\_\_\_\_

### 5. Método para o abortamento legal

5.1 Idade gestacional pela ecografia na chegada: \_\_\_\_\_

5.2 Idade gestacional na época de interrupção: \_\_\_\_\_

5.3 Tipo de método utilizado:

Misoprostol ( ) \_\_\_\_\_ Metotrexona ( ) \_\_\_\_\_

Ocitocina ( ) \_\_\_\_\_

( ) Curetagem ( ) AMIU

5.4 . Medicação para alívio da dor? 1-sim 2-não.

Qual? \_\_\_\_\_

Obs:

5.5 Realizado coleta de material para evidência? (\_\_\_) 1-sim 2-não

5.6 Intercorrências durante procedimento? (\_\_\_) 1-sim 2-não. Descrever:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. ACOMPANHAMENTO após aborto legal

6.1 Acompanhamento psicológico? ( )1-sim 2-não.

( ) 1-1mês 2. 2 meses 3. 3 meses 4. 4 a 6 meses 5. mais de 6 meses

6.2 Acompanhamento ginecológico? ( ) 1-sim 2-não.

( ) 1-1mês 2. 2 meses 3. 3 meses 4. 4 a 6 meses 5. mais de 6 meses

Obs: \_\_\_\_\_

6.3 Desfecho: 1- alta 2- abandono 3- referenciado para outro serviço 4. Busca ativa

### 7. Sobre o itinerário interno e externo: descrição da situação

**Nas questões subjetivas pode fazer um relato sucinto referindo percepções importante na leitura e registro dos dados do prontuário.**

7.1 Passou por outros serviços por outro serviço: ( )1-sim 2-não. Quais

\_\_\_\_\_

7.2 Como chegou ao hospital (descrever como obteve informações e por quais locais passou - itinerário da busca pelo atendimento)

7.3 Registrar fatos, situações ou sentimentos descritos pela mulher ou pelos profissionais relacionados a realização do aborto legal e/ou dificuldades relatadas pelas mulheres ou observadas pelos profissionais:

7.4 Comunicação do Conselho Tutelar (Crianças e Adolescentes.)? ( ) 1-sim 2-não  
Observações sobre o Desfecho do caso (medida protetiva, processo judicial)

## 13.2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL PRESIDENTE  
VARGAS - HMIPV - RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Aborto Legal em decorrência de Violência Sexual - O itinerário das mulheres em busca de atendimento em um Hospital Público de Porto Alegre

**Pesquisador:** Angela Ester Ruschel

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 98117718.5.0000.5329

**Instituição Proponente:** Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV - RS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.926.060

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa será realizada por meio de dados levantados em um hospital público de Porto Alegre, referência no atendimento de situações de violência sexual e Aborto Legal e que possui equipe multiprofissional organizada, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Além disso, trata-se do hospital com o maior número de atendimentos em Violência sexual e realizações de Aborto Legal do estado. Este é um estudo transversal descritivo que conjugará uma análise qualitativa e quantitativa dos dados. Na 1ª etapa da pesquisa será construída uma série histórica dos casos atendidos na Instituição desde o seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde no ano de 2000. A partir desses dados, será feito o levantamento do perfil da amostra (idade, raça/cor, tempo de gestação na chegada ao serviço, procedência, grau de escolaridade, etc – conforme protocolo de coleta de dados em anexo). Os dados objetivos serão retirados dos prontuários e lançados numa planilha de excel para posterior análise frequencial. As variáveis serão apresentadas por meio de valores absolutos e relativos. Na 2ª etapa será analisado o percurso das mulheres que procuram o serviço de referência para realização da Interrupção Legal da Gestação, buscando compreender o itinerário realizado para a chegada no hospital, durante o acompanhamento e realização do aborto, entendendo as dificuldades e barreiras enfrentadas (nós críticos). Serão analisados os prontuários das pacientes, as atas das reuniões de equipe, cadernos de registro, portarias, normativas e demais registros disponíveis no serviço de referência e que elucidem a dinâmica do atendimento e apontem questões que ajudem na descrição, compreensão

**Endereço:** Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

**Bairro:** Independência

**CEP:** 90.035-076

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-3377

**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



## HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.926.060

ou explicação das situações que envolvem a interrupção legal da gestão (ILG) dessas mulheres. Também poderá ser usado o diário de bordo da pesquisadora, que é uma das profissionais que compõe a equipe de referência.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Compreender a realidade da relação entre o acesso e a oferta de serviços de aborto legal para vítimas de violência sexual, disponibilizado por um hospital público de Porto Alegre.

Objetivo Secundário:

- Compreender a trajetória percorrida pelas mulheres na busca do atendimento para realização da interrupção legal da gestação decorrente de estupro- Traçar o perfil sociodemográfico das mulheres que buscam serviço de referência para realização de Aborto Legal em um hospital público de Porto Alegre de acordo com os itens do protocolo em anexo. - Identificar os nós críticos do itinerário das mulheres na busca do aborto legal -Identificar e analisar casos emblemáticos que elucidem as rotas críticas no itinerário das mulheres no acesso ao serviço de aborto legal.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos são considerados mínimos, relacionados com o sigilo dos dados coletados. Esse risco será minimizado pelo cuidado ético da confidencialidade. Os dados coletados serão armazenados de modo sigiloso pela pesquisadora e seu orientador pelo período de 5 anos e após serão descartados.

Benefícios:

Espera-se que os resultados da pesquisa possam demonstrar e discutir dados pouco conhecidos referentes ao Aborto Legal, permitindo através da publicação de artigos dar visibilidade ao tema e impulsionar essa discussão no meio acadêmico, bem como fornecer dados para o fomento de políticas públicas relacionadas ao tema.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Metodologia adequada aos objetivos, riscos e benefícios apresentados, justificativa de dispensa do TCLE apresentada.

**Endereço:** Av.Independência 661- Bl. C 7º andar

**Bairro:** Independência

**CEP:** 90.035-076

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-3377

**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



HOSPITAL MATERNO  
INFANTIL PRESIDENTE  
VARGAS - HMIPV - RS



Continuação do Parecer: 2.926.060

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios presentes.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto ética e metodologicamente de acordo com a legislação em vigor.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Informamos que toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP HMIPV.
2. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.
3. Para o início da pesquisa, o investigador deverá apresentar à chefia do serviço onde será realizada a pesquisa o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1212829.pdf	11/09/2018 10:58:18		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/09/2018 10:54:44	Angela Ester Ruschel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	chefiasautoriza.docx	07/09/2018 18:45:28	Angela Ester Ruschel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoshmipv.docx	06/09/2018 18:06:17	Angela Ester Ruschel	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	03/09/2018 14:39:00	Angela Ester Ruschel	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	03/09/2018 14:38:37	Angela Ester Ruschel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	01/09/2018 18:16:15	Angela Ester Ruschel	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Av.Independência 661- Bl. C 7º andar

**Bairro:** Independência

**CEP:** 90.035-076

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-3377

**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br





HOSPITAL MATERNO INFANTIL  
PRESIDENTE VARGAS - HMIPV - RS



Não

PORTO ALEGRE, 28 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**

**Maria da Graça Alexandre**

**(Coordenador(a))**