

ARTIGO ORIGINAL

Desistência do abortamento de gestação decorrente de violência sexual: o papel do agressor sexual

Abortion withdrawal of sexual violence pregnancy: the role of the sex offender

Renata Macedo Martins Pimentel¹, Jefferson Drezett², Hugo Macedo Jr³, Solange Andreoni⁴, Rebeca Souza e Silva⁵



¹ <https://orcid.org/0000-0002-9523-4859> 

² <http://orcid.org/0000-0002-9966-8072> 

³ <https://orcid.org/0000-0003-4072-3636> 

⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4589-9876> 

⁵ <https://orcid.org/0000-0001-7492-1708> 

Autor correspondente

re_pimentel1@hotmail.com

Manuscrito recebido: Julho 2019

Manuscrito aceito: Novembro 2019

Versão online: Maio 2020

Resumo

Introdução: A gravidez forçada é uma grave consequência para mulheres que sofrem violência sexual. Embora decidir pelo aborto seja frequente nestes casos, há escassa informação sobre as mulheres que desistem de realizar ao aborto nessa circunstância.

Objetivo: Analisar os fatores associados na desistência do abortamento de gestação decorrente de violência sexual.

Método: A cross-sectional epidemiological study com amostra de conveniência de adolescentes e mulheres com gravidez decorrente de violência sexual e solicitação de aborto legal entre agosto de 1994 e dezembro de 2012, no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil. Foram incluídas gestantes que desistiram de realizar o aborto após receberem aprovação do procedimento e, em outro grupo, as gestantes que concluíram o aborto. As variáveis foram selecionadas de banco de dados digitalizado e analisadas em software SPSS 15.0. O desfecho foi desistência do aborto. As variáveis de estudo foram a idade, baixa escolaridade; idade gestacional; cor/etnia negra; não estar unida; declarar religião; grave ameaça do agressor; agressor conhecido; e residência do agressor. Foram calculadas as razões de chances (Odds Ratio) com intervalo de confiança de 95%. A análise utilizou teste de qui-quadrado de Wald (χ^2_W) e regressão logística com variável de interesse definida como o agressor conhecido. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, Parecer nº 6767.

Resultados: O estudo contou com 941 mulheres, sendo 849 (90,2%) que realizaram o aborto e 92 (9,8%) que desistiram após receberem aprovação. A idade variou de 10-46 anos, média 23,2±7,9 anos, com idade gestacional de 4-22 semanas, média 11,9±4,5 semanas. Entre as que desistiram do aborto, 12,0% tinham idade < 14 anos; 50,0% apresentaram idade gestacional ≥ 13 semanas; 50,0% tinham baixa escolaridade; 14,2% eram negras; 90,2% solteiras; 85,9% declararam ter religião; 50,0% sofreram ameaça; 12,0% dos casos ocorreram na residência do agressor e 53,3% das vítimas foram violentadas por agressores conhecidos. Na regressão logística, a única variável significativa foi o agressor conhecido, aumentando em duas vezes a chance da vítima de desistir do aborto.

Conclusão: O agressor sexual conhecido exerceu influência na decisão da mulher ou adolescente de desistir do aborto legal.

Keywords: sex offenses, domestic violence, abused women, legal abortion, induced abortion.

Suggested citation: Pimentel RMM, Drezett J, Macedo Jr H, Andreoni S, Silva RS. Abortion withdrawal of sexual violence pregnancy: the role of the sex offender. *J Hum Growth Dev.* 2020; 30(2):170-178. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10363>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

Poucas pesquisas têm documentado as trajetórias pessoais e os processos de decisão das mulheres que recorrem ao aborto legal. Situação particular nos casos de violência sexual é a de mulheres que desistem de realizar o aborto, mesmo após receberem atendimento no serviço de saúde e ter pedido legalmente aprovado. Neste caso, esse estudo se desenvolveu na tentativa de conhecer sobre quem são estas mulheres e quais circunstâncias interferem ou influenciam sua decisão.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

A partir de dados primários coletados de pacientes matriculadas em Hospital de referência para o atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e de interrupção legal da gravidez, tendo como variável de desfecho analisada a desistência do aborto, aplicou-se regressão logística e empregou-se o método stepwise backward observou-se que onde apenas quando o agressor sexual é tipificado como conhecido explica a desistência do procedimento.

O que essas descobertas significam?

Encontrou-se que agressor sexual conhecido se associou com chance duas vezes maior de a mulher desistir do aborto legal. Supomos que vários elementos possam interagir neste processo a partir da proximidade entre o agressor e a vítima, como ameaças, inibição da iniciativa da mulher na busca por seus direitos, ou a resistência em criminalizar o conhecido ou parente. Demonstrando a necessidade de aprimoramento das políticas públicas na proteção de mulheres que enfrentam violência sexual praticada por agressores conhecidos.

INTRODUÇÃO

O aborto é tipificado como crime no Brasil desde 1940. Em poucas exceções o aborto tem fundamento e amparo legal, como nos casos em que a gravidez decorre de violência sexual ou quando há risco de morte para a gestante, conforme previsto pelo artigo 128 da legislação penal¹, ou em casos de anencefalia, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal, em 2012².

Leis fortemente restritivas ao aborto são frequentemente verificadas nos países em desenvolvimento. Contudo, nos casos em que o aborto é legalmente permitido, a Organização Mundial da Saúde recomenda que esses países promovam medidas que ampliem o acesso das mulheres a serviços de saúde que realizem o aborto de forma segura e humanizada³. O fortalecimento dos serviços de saúde e das políticas públicas sobre o aborto deve ter como base os direitos humanos das mulheres e as necessidades e evidências sanitárias, dentro de um entendimento rigoroso do contexto social, cultural, político e econômico de cada país³.

Mudanças nesse sentido têm sido observadas no Brasil nas últimas décadas, embora de forma lenta e com enfrentamento de obstáculos e resistências⁴. Entre as políticas públicas cabe destaque para a implantação de serviços de saúde organizados para atender mulheres que recorrem ao aborto legal, a partir de 1989, e as normativas técnicas do Ministério da Saúde para orientar gestores e profissionais de saúde, publicadas a partir de 1999^{1,4,5}.

Ainda que o país possua um número notadamente insuficiente e centralizado de serviços de saúde que realizam o aborto legal, algumas experiências exitosas permitiram construir conhecimento consistente sobre as mulheres que recorrem ao aborto legal em casos de violência sexual^{6,7}. Autores como Pedrosa (2010)⁸, e Blake *et al.* (2014)⁹, constataram as principais características e vulnerabilidades dessas mulheres, com predomínio de jovens com pouca escolaridade, solteiras e católicas. O agressor desconhecido é apontado como o mais frequente, ameaçando-as de morte para praticar o crime sexual. A maior parte das mulheres comunica o crime sexual para a polícia e se submete ao exame médico-pericial, buscando identificar e responsabilizar o agressor^{8,9}.

Os debates e as mudanças legislativas sobre o aborto não devem se restringir ao aspecto criminal, incorporando elementos da educação, cultura e saúde pública. Isso permite compreender de forma mais adequada os motivos que levam as mulheres a recorrer ao aborto⁶. Nas situações de gravidez decorrente de violência sexual se reconhece a legítima justificativa da mulher para buscar o aborto¹⁰. Nesse sentido, poucas pesquisas têm documentado as trajetórias pessoais e os processos de decisão das mulheres que recorrem ao aborto legal⁷.

Drezett *et al.* (2012)¹¹, em estudo qualitativo com 43 mulheres brasileiras encontraram diferentes pontos de convergência para a escolha do aborto. As mulheres apontaram principalmente a rejeição pela gravidez forçada, consideraram a situação como grave violação de seu direito de escolha pela maternidade, e manifestaram intenso temor por possíveis consequências sociais e emocionais caso mantivessem a gravidez até o término¹¹.

Embora possuam a percepção de violação de seus direitos humanos, parte das mulheres brasileiras ainda não consegue realizar o aborto legal por impedimentos técnicos, mesmo quando acessam os poucos serviços especializados disponíveis^{8,9,12,13}. Entre esses impedimentos, cabe considerar o papel exercido pelo agressor sexual. Quando conhecido pela vítima, Blake *et al.* (2015)⁹, constataram que a busca pelo aborto é postergada, frequentemente com idade gestacional avançada e ≥ 23 semanas, impeditiva para o procedimento⁹. Em casos de incesto, Bessa *et al.* (2019)¹³, verificaram que o agressor aparentado se relacionou com menor frequência de realização do aborto legal. Achado semelhante foi reportado por Pedrosa (2010)⁸, que encontrou menor chance de realização do aborto quando o agressor foi declarado como conhecido por mulheres jovens⁸.

A violência sexual praticada pelo parceiro íntimo deve ser considerada. Nestes casos, os dados são menos precisos e de difícil delimitação, seja pela diversidade de classificações que definem essa agressão, pela naturalização da violência como “direito” do parceiro e “dever” da mulher em muitas culturas, ou pelo constrangimento da mulher para revelar essa experiência. No Brasil, a

violência sexual praticada pelo parceiro íntimo alcança entre 10,1% e 14,3% das mulheres, frequentemente praticada de forma grave e reiterada, associada com outras formas de violência¹⁴.

Situação particular nos casos de violência sexual é a de mulheres que desistem de realizar o aborto, mesmo após receberem atendimento no serviço de saúde e ter pedido legalmente aprovado. Nestes casos, pouco se conhece sobre quem são estas mulheres e quais circunstâncias interferem ou influenciam sua decisão. Assim, o objetivo é analisar os fatores associados na desistência do abortamento de gestação decorrente de violência sexual.

■ MÉTODO

Desenho de Estudo

Trata-se de estudo transversal com amostra de conveniência a partir de dados primários coletados de pacientes matriculadas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, entre agosto de 1994 e dezembro de 2012, com gravidez decorrente de violência sexual e solicitação de aborto legal. O Hospital Pérola Byington é a mais importante instituição brasileira de referência para o atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e de interrupção legal gravidez.

Critério de seleção e inclusão dos participantes

A população estudada foi composta por gestantes adultas e adolescentes grávidas de violência sexual, alocadas em dois grupos. No primeiro grupo foram incluídas pacientes que desistiram de realizar o aborto após receberem aprovação do procedimento. O segundo grupo contou com pacientes que realizaram o aborto.

Para caracterizar o crime sexual foi considerada a queixa da paciente ou de seu representante legal de acordo com os artigos 213 e 217-A da legislação penal brasileira, Lei nº 12.015. O artigo 213 considera como violência sexual o contato sexual não consentido imposto por meio de violência ou de grave ameaça. O artigo 217-A tipifica a violência sexual de pessoas vulneráveis, incluindo os atos sexuais contra menores de 14 anos ou contra pessoas que não possam oferecer resistência ou consentimento válido.¹ O pedido de interrupção da gravidez foi legalmente amparado no artigo 128 da legislação penal brasileira, Lei nº 2.848¹.

Foram excluídos os casos que não receberam aprovação para realizar o aborto, como por idade gestacional ≥ 23 semanas, gravidez não relacionada com o crime sexual (prévia ou posterior a violência sexual), falsa alegação de crime sexual e perda de acompanhamento.

Instrumentos de análise de dados

As variáveis selecionadas para o estudo foram extraídas de banco de dados em programa Microsoft Excel 2010, transferidas para software SPSS 15.0 para análise. A alimentação do banco de dados primário foi realizada por ficha pré-codificada com registros de consenso da equipe de médicos, assistentes sociais e psicólogos do Hospital Pérola Byington. O preenchimento considerou as narrativas da paciente ou de seu representante legal. As fichas pré-codificadas foram revisadas ao final de cada

atendimento e antes da digitação. Cada caso incluído no banco de dados foi submetido à avaliação da consistência das informações por revisor diferente do responsável pela digitação e divergências foram corrigidas e consolidadas antes da transferência para o software SPSS 15.0.

Análise estatística

A variável de desfecho analisada foi desistência do aborto (1=sim; 0=não). As variáveis de estudo consideradas foram a idade da gestante (<14 anos =1), idade gestacional (<13 semanas = 1); baixa escolaridade (< 9 anos de estudo); cor/etnia negra = 1; não estar unida = 1; declarar religião = 1; uso de grave ameaça pelo agressor = 1; agressor conhecido = 1; residência do agressor (local indicado de abordagem da vítima) = 1.

Foram calculadas as razões de chances (Odds Ratio) e respectivos intervalos de 95% de confiança. Os testes de qui-quadrado de Wald (χ^2_W) e sua significância estatística (p) foram calculados. O nível de significância adotado foi de 5%. Foi empregada a Regressão Logística ajustada por análise das variáveis de estudo com a variável de interesse definida como o agressor conhecido = 1. A análise a partir de testes de razão de verossimilhança empregou o método stepwise backward.

Aspectos éticos

Todos os casos incluídos no estudo receberam atendimento interdisciplinar conforme normativa técnica do Ministério da Saúde brasileiro⁵. Os procedimentos de avaliação e realização do aborto cumpriram integralmente as normativas ético-legais e a legislação brasileira vigente¹.

Foram respeitadas as resoluções nº 196/1996 e nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto aos aspectos éticos inerentes à realização da pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo não incorporou qualquer forma de identificação das pacientes, garantindo-se a confidencialidade. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, Parecer nº 6767 e CAAE nº 00957512.3.0000.5505, de 9 de março de 2012.

■ RESULTADOS

No período estudado foram identificados no banco de dados primário 1.236 mulheres e adolescentes com situação de gravidez decorrente de violência sexual e solicitação de aborto legal. Foram excluídos 227 casos (18,4%) em que o aborto não recebeu aprovação da instituição e 68 casos (5,5%) por perda de acompanhamento. A amostra final para análise contou com 941 mulheres, sendo 849 (90,2%) que realizaram o aborto e 92 (9,8%) que desistiram do procedimento após aprovação.

A idade variou de 10 a 46 anos, média $23,2 \pm 7,9$ anos, com idade gestacional variando entre quatro e 22 semanas, média de $11,9 \pm 4,5$ semanas. Na tabela 1 encontra-se a distribuição das características das mulheres e adolescentes e do crime sexual, avaliadas segundo desistência do aborto tabela 1).

Na análise de regressão busca-se a relação entre a variável a variável dependente e demais variáveis independentes. A análise a partir de testes de razão de

verossimilhança empregou o método stepwise backward conforme o seguinte ordenamento: cor/etnia negra (p=0,655); unida (p=0,617); adolescente (p=0,656); idade gestacional (0,402); residência do autor (p=0,246); declarar religião (0,194); emprego de ameaça (p=0,157); e baixa escolaridade (p=0,077) – (tabela 2).

O modelo final de regressão logística, onde apenas quando o agressor sexual é tipificado como conhecido explica a desistência do procedimento. Neste caso, a chance de a vítima desistir do aborto autorizado, é cerca do dobro da chance de desistência do aborto no caso do agressor sexual ser tipificado como desconhecido (tabela 3)

Tabela 1: Distribuição das características das mulheres e do crime sexual, avaliadas segundo desistência do aborto, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 – 2012

	Desistência do aborto						RC	CI95% OR	χ ² W	p
	Sim (n=92)		Não n= (849)		Total n= (941)					
	n	%	n	%	n	%				
Idade < 14 anos										
Não	81	88,0	776	91,4	857	91,1	1		1,14	0,286
Sim	11	12,0	73	8,6	84	8,8	1,44	[0,74 ; 2,83]		
IG > 12 semanas										
Não	46	50,0	496	58,4	542	57,6	1		2,39	0,122
Sim	46	50,0	353	41,6	399	42,4	1,41	[0,91 ; 2,16]		
Baixa escolaridade										
Não	46	50,0	545	64,2	591	62,8	1		7,01	0,008
Sim	46	50,0	304	35,8	350	37,2	1,79	[1,16 ; 2,76]		
Cor/Etnia negra										
Não	79	85,8	745	87,7	824	87,6	1		0,27	0,604
Sim	13	14,2	104	12,3	117	12,4	1,18	[0,64 ; 2,20]		
Sem união (solteira)										
Não	9	9,8	116	13,7	125	13,3	1		1,07	0,300
Sim	83	90,2	733	86,3	816	86,7	1,46	[0,71 ; 2,98]		
Religião										
Não	13	14,1	139	16,4	152	16,2	1		0,31	0,579
Sim	79	85,9	710	83,6	789	83,8	1,19	[0,63 ; 2,20]		
Grave ameaça										
Não	46	50,0	291	34,3	337	35,8	1		8,70	0,003
Sim	46	50,0	558	65,7	604	64,2	0,52	[0,39 ; 0,80]		
Agressor conhecido										
Não	43	46,7	559	65,8	602	64,0	1		12,66	<0,001
Sim	49	53,3	290	34,2	339	36,0	2,20	[1,42 ; 3,39]		
Residência do agressor										
Não	81	88,0	803	94,6	884	93,9	1		5,90	0,015
Sim	11	12,0	46	5,4	57	6,0	2,37	[1,18 ; 4,76]		

IG: Idade Gestacional. RC: Razão de Chance. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. χ²W: Qui-quadrado de Wald

Tabela 2: Regressão logística das variáveis de mulheres avaliadas segundo desistência do abortamento, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 - 2012

	B	Erro padrão	Wald	df	p	Odds Ratio (IC95%)	Limite inferior	Limite superior
Constante	-2,684	0,417	41,439	1				
Agressor conhecido	0,513	0,269	3,629	1	0,057	1,670	0,985	2,830
Idade gestacional	-0,189	0,229	0,681	1	0,409	0,828	0,529	1,297
Declaração de religião	0,460	0,325	2,006	1	0,157	1,585	0,838	2,997
Residência do agressor	0,414	0,382	1,174	1	0,279	1,512	0,716	3,197
Baixa escolaridade	0,413	0,245	2,832	1	0,092	1,511	0,934	2,445
Cor/etnia negra	0,145	0,325	0,199	1	0,655	1,156	0,612	2,184
Em união	-0,189	0,385	0,241	1	0,623	0,828	0,389	1,761
Grave ameaça	-0,338	0,249	1,842	1	0,175	0,713	0,438	1,162
Adolescente	-0,143	0,256	0,314	1	0,575	0,867	0,525	1,430

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%,

Tabela 2: Modelo final de regressão logística nominal das variáveis de mulheres avaliadas segundo desistência do abortamento, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 - 2012

	B	Erro padrão	Wald	df	p	Odds Ratio (IC95%)	Limite inferior	Limite superior
Constante	-2,565	0,158	262,689	1	0,000			
Agressor conhecido	0,513	0,269	12,662	1	0,000	2,197	1,424	3,388

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%,

DISCUSSÃO

As desigualdades de gênero são o principal fundamento da violência contra a mulher. Por gênero se entende o conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o significado social e cultural de homens e mulheres. O gênero é um dos mais importantes marcadores de desigualdade entre os sexos, na medida em que permeia fortemente as relações de poder¹⁵.

A violência sexual representa uma expressão da violência de gênero e é considerada grave violação de direitos humanos das mulheres. Trata-se de um fenômeno de elevada prevalência e com agravos impactantes para a saúde da mulher¹¹. A Organização Mundial da Saúde (WHO) considera como violência sexual os atos sexuais tentados ou consumados sem consentimento, impostos pelo agressor por meio de coerção ou intimidação, pelo emprego da força ou da violência física, da ameaça, ou praticados mediante temor psicológico¹⁶.

A gravidez forçada e indesejada é uma das mais complexas e importantes consequências da violência sexual¹¹. O desfecho dessas gestações ainda é pouco conhecido e o acesso e segurança do aborto dependem, em grande medida, das leis vigentes em cada país¹⁷. Segundo Holmes *et al.* (1996)¹⁸, metade das mulheres com gestação decorrente de violência sexual recorreram ao aborto induzido legalmente, enquanto que 32% aceitaram a gestação¹⁸.

Assim como ocorre para crianças e adolescentes, mulheres jovens e em idade reprodutiva são referidas como

grupo etário de elevada prevalência da violência sexual. Elas estão sujeitas a gravidez forçada e indesejada quando não utilizam um método anticonceptivo que independa do agressor ou quando desconhecem ou não acesso rápido a anticoncepção de emergência¹⁸⁻²². Neste estudo, o modelo final de regressão logística refutou a hipótese de que mulheres muito jovens, menores de 14 anos, desistissem do aborto legal devido sua menor autonomia de decisão e eventual interferência da família.

Parte expressiva das mulheres brasileiras recorre ao aborto legal após a 12ª semana de gravidez, possivelmente pelos danos emocionais que limitam as iniciativas da mulher ou pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde^{9,11,12}. Nós supomos como razoável que alcançar o segundo trimestre de gravidez enfrentando forte pressão social e familiar contrária ao aborto poderia terminar como fator de desistir da gravidez. No entanto, essa hipótese também refutada neste estudo.

A baixa escolaridade, definida como menor do que nove anos de estudo formal, é uma condição frequentemente encontrada entre mulheres que sofrem crimes sexuais em grandes centros urbanos^{9,12,16,23,24}. Segundo Souto *et al.* (2012)²⁵, a baixa escolaridade é ainda mais frequente entre deficientes intelectuais que sofrem crimes sexuais²⁵.

Neste estudo, a pouca escolaridade foi encontrada para metade das mulheres que desistiu do aborto legal e foi significativa na análise univariada (p=0,008). No entanto, a hipótese de que mulheres com baixa

escolaridade desistissem mais frequentemente do aborto não se confirmou. No modelo final de regressão a baixa escolaridade não foi relevante, embora tenha se aproximado da significância ($p=0,077$ - OR: 1,501 [0,957 – 2,353]). Pretendemos em análises estatísticas mais complexas futuras avaliar mais adequadamente o papel da baixa escolaridade na desistência do aborto legal.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁶, a declaração de cor/etnia pela população brasileira vem sofrendo mudanças nas últimas décadas. No último censo de 2010, 47,7% das pessoas se declararam brancas, enquanto que em inquéritos anteriores essa informação foi de 53,7%, em 2010, e de 62,2%, em 1991, com valores semelhantes para homens e mulheres²⁶.

Pesquisas têm apontado o predomínio da cor/etnia branca entre mulheres brasileiras em situação de violência sexual, em percentuais semelhantes aos censos do IBGE^{9,12,27}. No entanto, a declaração de cor/etnia negra neste estudo correspondeu a 12,4% dos casos analisados, contrastando notadamente com os dados da população brasileira. Acreditamos que este achado possa se relacionar com maiores obstáculos e dificuldades de acesso das mulheres negras ao aborto legal.

De fato, há evidências de que as mulheres negras brasileiras são mais vulneráveis a sofrer violências e a desenvolver problemas evitáveis de saúde sexual e reprodutiva. Elas também apresentam indicadores sociais desfavoráveis, como menor escolaridade, maior situação de pobreza, menor acesso aos serviços de saúde e maior taxa de desemprego^{4,26}. Contudo, neste estudo não constatamos a cor/etnia como fator associado com a desistência em realizar o aborto.

Mulheres que residem em grandes centros urbanos comumente se declaram solteiras no momento do crime sexual^{9,12,16,24,28}. É razoável considerar que isto decorra da pouca idade dessas mulheres. Neste estudo, observou-se situação semelhante, com 86,7% das mulheres analisadas se declarando solteiras. No entanto, esta variável não apresentou relevância na desistência do aborto legal.

Decididamente, a situação conjugal que encontramos contrasta com a elevada prevalência de violência praticada pelo parceiro íntimo entre mulheres brasileiras¹⁴. Ellsberg *et al.* (2008)¹⁵, advertem que questões culturais podem transformar eventos violentos cotidianos em algo relativamente aceitável ou tolerável pela mulher, dificultando seu reconhecimento e obstaculizando possíveis intervenções¹⁵. Para autores como Drezett *et al.* (2012)¹¹, e Souza e Adesse (2005)⁴, mulheres em situação de violência sexual e doméstica podem entender que os serviços de saúde de referência não se aplicam à elas pelo agressor ser o parceiro íntimo^{4,11}. Da mesma forma, nós questionamos se o parceiro íntimo, enquanto agressor, não possa exercer um obstáculo para a denúncia e busca das mulheres por seus direitos.

São escassas as informações sobre o papel da religião no desfecho da gravidez por violência sexual, principalmente em nosso meio. A investigação de Pedroso (2010)⁸, aponta que 78,3% das mulheres brasileiras que realizaram o aborto em casos de crime sexual se declaram católicas ou evangélicas, religiões com posições inflexíveis e axiomáticas contra o aborto, mesmo nesta circunstância

permitida por lei. Para o autor, a simples declaração de religião não foi impeditivo para a escolha do aborto entre as mulheres estudadas⁸.

Diferente de nossa hipótese inicial, a declaração de religião como fator para desistir do aborto legal não se confirmou neste estudo. Das mulheres estudadas, 83,8% declarou seguir alguma religião, semelhante ao observado por Pedroso (2010)⁸. No entanto, as relações entre religião e aborto são complexas e devem ser analisadas com cuidado. Pouco se conhece sobre o papel da religião entre mulheres que decididamente não admitem o aborto, mesmo em casos de violência sexual, na medida em que não buscam pelo aborto legal.

O constrangimento da mulher mediante grave ameaça ou intimidação psicológica é considerado a forma mais frequente empregada pelo agressor para consumir o crime sexual^{9,11-13}. Ao não empregar a violência física, o agressor evita produzir eventuais provas materiais, colaborando para que a violência sexual seja mantida de forma oculta e reduzindo as chances de ser identificado^{29,30}. Traumatismos físicos costumam ser mais comuns entre as vítimas que oferecem resistência ao agressor³¹. Por outro lado, ameaças com arma de fogo podem inibir a resistência da mulher, reduzindo significativamente a ocorrência de danos físicos³².

Entre mulheres brasileiras que sofreram violência sexual praticada pelo parceiro íntimo ao longo da vida, Schraiber *et al.* (2007)¹⁴, relatam que entre 71,8% e 82,2% dos casos houve uso da força física. Outros 70% das mulheres declararam ter medo de se negar a ter relações sexuais com o parceiro¹⁴. Situação semelhante foi constatada em comunidades rurais do Nepal, com 42% das mulheres casadas admitindo que o parceiro fez uso de violência para ter relações sexuais³³. Inquérito com homens jovens de 70 comunidades da África do Sul mostra que 16% praticaram atos sexuais contra a vontade da parceira e que 8% admitiram uso de violência durante alguma relação sexual²⁸.

Nossos resultados encontraram maior frequência de grave ameaça, tanto para mulheres que realizaram o aborto legal (65,7%) como para as que desistiram do procedimento. Embora a análise univariada tenha indicado significância ($p=0,003$), no modelo final de regressão logística o tipo de constrangimento não se associou com a desistência do aborto legal.

A violência sexual praticada pelo parceiro íntimo decorre de normas hierárquicas de gênero que, por sua natureza, geralmente ocorre no espaço doméstico. O mesmo ocorre na violência sexual contra crianças e adolescentes, com a maioria dos casos ocorrendo na residência por agressores conhecidos e muitas vezes aparentados^{19,20,22,23,34}. Os espaços privados também se mostram os mais frequentes locais de abordagem quando as vítimas são portadoras de deficiência intelectual¹³. Mesmo durante a gravidez, parte significativa das mulheres experimenta diferentes formas de violência de gênero no ambiente doméstico, principalmente as com menor escolaridade e baixa renda.³⁵

Ensslen *et al.* (2018)³⁶, afirmam que os agressores que preferem praticar a violência sexual na residência da vítima são um tipo específico de perpetrador, mesmo

quando desconhecido da mulher³⁶. Neste estudo não encontramos a residência do agressor como fator para desistir do aborto legal no modelo final de regressão. Para Wegnar (2015)³⁷, muitos agressores buscam diferentes argumentos para justificar a violência sexual, o que funciona como fator preditivo para praticarem outras violências³⁷. Nos casos de violência pelo parceiro íntimo, desigualdades de gênero estão associadas com a justificação pelos agressores e maior culpabilização das vítimas³⁸.

O papel do agressor sexual conhecido ou aparentado é largamente descrito nas dinâmicas da violência sexual. Zambon *et al.* (2012)²⁰, constatam que o agressor aparentado aumenta em quatro vezes a chance da violência se tornar recorrente.²⁰ Nos casos de abuso sexual incestuoso, Yildirim *et al.* (2014)³⁹, verificaram que a violência sexual se prolongou por mais de um ano em um terço dos casos³⁹. Bessa *et al.* (2019)¹³, observaram que em casos de gravidez decorrente de incesto o agressor exerceu influência na trajetória do atendimento de adolescentes, dificultando o acesso aos serviços de saúde¹³. Entre crianças, Vertamatti *et al.* (2018)³⁴, encontraram que o agressor aparentado ou conhecido postergou a revelação e a denúncia do abuso sexual para as autoridades competentes³⁴.

Martin *et al.* (2006)⁴⁰, sugerem que agressores sexuais conhecidos intimidam a vítima e sua família, criando barreiras para que o crime seja comunicado para as autoridades⁴⁰. No mesmo sentido, Blake *et al.* (2015)⁹, verificaram que quando o agressor sexual era conhecido e próximo da vítima o atendimento médico terminou postergado, mesmo quando a violência resultou em gravidez⁹.

Alinhando-se com essas evidências, o modelo final de regressão logística adotado neste estudo encontrou que agressor sexual conhecido se associou com chance duas vezes maior de a mulher desistir do aborto legal. No entanto, os resultados deste estudo não permitem esclarecer por quais mecanismos isso acontece. Supomos que vários elementos possam interagir neste processo a partir da proximidade entre o agressor e a vítima, como ameaças, inibição da iniciativa da mulher na busca por seus direitos, ou a resistência em criminalizar o conhecido ou parente.

As políticas públicas brasileiras têm avançado na proteção de mulheres que enfrentam violências. A Lei nº

11.340, de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, estabelece mecanismos e medidas protetivas para coibir a violência doméstica contra a mulher. Em 2015, a Lei nº 13.104 tornou o feminicídio agravante do crime de homicídio. No campo da saúde, a Lei nº 5.099 tornou obrigatório aos profissionais de saúde notificar a violência sexual¹. Oshikata *et al.* (2011)²⁴, têm observado aumento significativo da participação da polícia no encaminhamento de mulheres que sofrem violência sexual para os serviços de saúde de referência. Os autores acreditam esse aumento em parte se deva a essas medidas legais²⁴. Situação semelhante foi verificada por Mutta e Yela (2017)¹², com maior frequência de denúncia do agressor para a polícia e de realização de exame médico-pericial entre mulheres que recorreram ao aborto por gravidez decorrente de violência sexual¹².

Consideramos que o aspecto documental, a temática relevante para a saúde pública e o número de sujeitos incluídos representam pontos fortes deste estudo. Os resultados podem contribuir para o aprimoramento de políticas públicas para mulheres nessas circunstâncias, particularmente as que sofrem violência sexual praticada por agressores conhecidos.

Buscamos reconhecer a limitação de cada variável de estudo e apresentá-la ao leitor, como recomendado para estudos observacionais pelo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology⁴¹. Alertamos para os limites metodológicos de uma investigação a partir de amostra de conveniência. É necessário cuidado ao generalizar os resultados deste estudo para outros contextos sociais e culturais. Outro limite potencial é a pouca exatidão da informação do parceiro íntimo como agressor, admitindo-se a dificuldade das mulheres em revelar essa informação pelo estigma, vergonha ou culpa. Deve-se considerar a restrição de validade externa de variáveis como cor/etnia e religião, pela heterogeneidade sociodemográfica de outras amostras. Não pudemos interpretar adequadamente associações complexas, como papel da religião e da escolaridade como motivos para desistir do aborto.

Assim, conclui-se que o agressor conhecido se associou com a desistência do aborto legal entre mulheres com gravidez decorrente de violência sexual. Os mecanismos pelos quais exercem essa influência não estão esclarecidos.

■ REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Juridical aspects of the attention to victims of sexual violence: questions and answers for health professionals. 2th ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. 48p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 52p.
3. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Uruguay: World Health Organization; 2012. 134p.
4. Souza CM, Adesse L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2005. 188p.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevention and treatment of damages resulting from sexual violence against women and adolescents: technical standard. 3th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 124p.
6. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(8):2771-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>.
7. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o abortamento no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saude Publica*. 2009;25(sup 2):S193-S204. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>.
8. Pedroso D. Estudo de fatores relacionados ao abortamento previsto em lei em situação de violência sexual. [dissertação]. São Paulo: Universidade de Santo Amaro; 2010.
9. Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al.,. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Med*. 2015;8(29). doi: 10.3823/1628.
10. Costa RG, Hardy E, Osis MJ, Faundes A. Decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saude Publica*. 1995;11(1):97-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000100016>.
11. Drezett J, Pedroso D, Vertamatti MA, Macedo-Junior H, Blake MT, Gebrim LH, et al.,. Pregnancy resulting from sexual abuse: reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion - pregnancy and violence. *Health MED*. 2012;6(3):819-25.
12. Mutta DS, Yela DA. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2017;135(4):363-8.
13. Bessa MM, Drezett J, Adami F, Araújo SDT, Bezerra IMP, Abreu LC. Characterization of adolescent pregnancy and legal abortion in situations involving incest or sexual violence by an unknown aggressor. *Medicina*. 2019;55(474):1-11. doi: 10.3390/medicina55080474.
14. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al.,. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>.
15. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-72. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X.
16. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. 346p.
17. Lathrope A. Pregnancy resulting from rape. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27(1):25-31, 1998. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02587.x>.
18. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(2):320-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70141-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70141-2).
19. Blake MT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health*. 2014; 22(14):15. doi: 10.1186/1472-6874-14-15.
20. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Domestic violence against children and adolescents: a challenge. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):465-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000400018>.
21. Madeiro A, Diniz D. Legal abortion services in Brazil – a national study. *Ciêncsaúde coletiva*. 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015.
22. Sodipo OO, Adedokun A, Adejumo AO, Olibamoyo O. The pattern and characteristics of sexual assault perpetrators and survivors managed at a sexual assault referral centre in Lagos. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-e5. doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1727.
23. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359(9315):1423-9. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08357-5.
24. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em serviço de referência em campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):701-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400009>.

25. Souto RQ, Leite CCS, França ISX, Cavalcanti AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. *Cogitare Enferm.* 2012;17(1):72-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26377>.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. 141p.
27. Machado CL, Fernandes MAS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(2):345-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051714>.
28. Jewkes R, Dunkle K, Koss MP, Levin JB, Nduna M, Jama N, et al. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and riskfactors. *Soc Sci Med.* 2006;63(11):2949-61.
29. Vadysinghe AN, Dassanayaka PB, Sivasubramanium M, Senasinghe DPP, Samaranyake AN, Wickramasinghe WMMHP. A study on sexual violence inflicted on individuals with intellectual developmental disorder. *Disabil Health J.* 2017;10(3):451-4. doi: 10.1016/j.dhjo.2016.12.010.
30. Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia MIR. Sexually abused women – social and demographic profile and health care procedure analysis at a referral center. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(1):22-7.
31. Atkeson BM, Calhoun KS, Morris KT. Victim resistance to rape: the relationship of previous victimization, demographics, and situational factors. *Arch Sex Behav.* 1989;18(6):497-507.
32. Reis JN, Martin CCS, Ferriani MGC. Female victims of sexual abuse: coercive methods and non-genital injuries. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):465-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200014>.
33. Lamichhane P, Puri M, Tamang J, Dulal B. Women's status and violence against young married women in rural Nepal. *BMC Womens Health.* 2011;11:19. doi: 10.1186/1472-6874-11-19.
34. Vertamatti MAF, Strufaldi R, Evans DP, Drezett J, Barbosa CP, Abreu LC. Factors associated with reporting delays and severity of childhood sexual abuse in São Paulo, Brazil. *Psychology Health Med.* 2018;1-10. doi: 10.1080/13548506.2018.1556397.
35. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Med J.* 2018;30(3):191-6. doi: 10.4314/mmj.v30i3.11.
36. Ensslen K, Beauregard E, Pedneault A. An Examination of the home-intruder sex offender. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2018;62(14):4694-713. doi: 10.1177/0306624X18778450.
37. Wegner R, Abbey A, Pierce J, Pegram SE, Woerner J. Sexual assault perpetrators' justifications for their actions: relationships to rape supportive attitudes, incident characteristics, and future perpetration. *Violence Against Women.* 2015;21(8):1018-37. doi: 10.1177/1077801215589380.
38. Erickson KA, Jonnson M, Langille JI, Walsh Z. Victim gender, rater attitudes, and rater violence history influence perceptions of intimate partner violence. *Violence Vict.* 2017;1;32(3):533-44. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-15-00086.
39. Yildirim A, Ozer E, Bozkurt H, Ozsoy S, Enginyurt O, Evcuman D, et al. Evaluation of social and demographic characteristics of incest cases in a university hospital in Turkey. *Med Sci Monit.* 2014;20:693-7. doi: 10.12659/MSM.890361.
40. Martin SL, Ray N, Sotres-Alvarez D, Kupper LL, Moracco KE, Dickens PA, et al. Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women.* 2006;12(9):823-37. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801206292672>.
41. The PLOS Medicine Editors. Observational studies: Getting clear about transparency. *PLoS Med.* 2014;11(8):e1001711. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001711>.

Abstract

Introduction: Unwanted pregnancy is a serious consequence for women who experience sexual violence. Although deciding on abortion is frequent in these cases, there is not much information on women who give up abortion in this circumstance.

Objective: To analyse the associated factors in abortion withdrawal of sexual violence pregnancy.

Methods: A cross-sectional epidemiological study with a convenience sample of adolescents and women with pregnancy due to sexual violence and requesting legal abortion between August 1994 and December 2012, at Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brazil. Pregnant women who gave up abortion after receiving the procedure approval were included and, in another group, pregnant women who completed the abortion. The variables were selected from a digitized database and analyzed using SPSS 15.0 software. The outcome was abortion withdrawal. The study variables were age; low education level; gestational age; color/black ethnicity; not being united; declare religion; serious threat from the aggressor; known offender; and residence of the aggressor. Odds ratios with 95% confidence intervals were calculated. The analysis used Wald's chi-square test (χ^2_W) and logistic regression with variable of interest defined as the known aggressor. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of São Paulo, Opinion No. 6767.

Results: The study included 941 women, 849 (90.2%) who had an abortion and 92 (9.8%) who gave up after being approved. Age ranged from 10-46 years, mean 23.2 ± 7.9 years, gestational age 4-22 weeks, average 11.9 ± 4.5 weeks. Among those who gave up abortion, 12.0% were <14 years old; 50.0% had gestational age ≥ 13 weeks; 50.0% had low education; 14.2% were black; 90.2% single; 85.9% declared to have religion; 50.0% were threatened; 12.0% of the cases occurred at the perpetrator's residence and 53.3% of the victims were raped by known perpetrators. In logistic regression, the only significant variable was the known perpetrator, increasing the victim's chance of giving up abortion twice.

Conclusion: The known sex offender has influenced the woman or adolescent's decision to give up legal abortion.

Keywords: sex offenses, domestic violence, abused women, legal abortion, induced abortion.

©The authors (2019), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.