

Abortamento induzido em gestação decorrente de crime de violência sexual

Induced abortion in pregnancy resulting from the crime of sexual violence

Luisa de Campos Guimarães e Figueiredo,¹ Marcela Paula Santos Penteado,¹ Pâmela Emanuele Lacerda,¹ Priscilla Cristina Brandão Avellar,¹ Rafaela Ervilha Linhares,¹ Rodrigo Lolli Almeida Salles,¹ Rúbia Rosa Ferreira,¹ Tássia de Oliveira Meinberg Cunha,¹ Marilene Vale de Castro Monteiro²

RESUMO

Este artigo objetiva discutir o aborto no Brasil, principalmente em relação ao humanitário, sentimental, piedoso ou ético, consentido quando a gravidez resulta do crime de estupro e a gestante autoriza sua realização. O depoimento da gestante deve conter dados consistentes que provem que a gravidez resultou de estupro. A vítima de violência sexual, ao ser negado ou impossibilitado o seu direito ao aborto pelo serviço de saúde público, pode recorrer ao abortamento clandestino, o que pode implicar riscos para sua saúde. É preciso entender que a gravidez resultante de estupro é altamente rejeitada.

Palavras-chave: Aborto Legal, Aborto, Violência sexual.

ABSTRACT

This review aims to provide an overview of the issue related to abortion in Brazil, especially regarding legal abortion. Humanitarian abortion, also known as sentimental, merciful or ethical, is allowed when the pregnancy results from rape and the pregnant authorizes its implementation. However, the testimony of the pregnant should contain consistent data showing that pregnancy results indeed from rape. When the patient, victim of sexual violence, has her right to perform the abortion denied by the doctor, she might resort to clandestine abortions, which may result in risks to her health. One must keep in mind that in most cases, pregnancy resulting from rape is highly rejected.

Key words: Abortion, Legal; Abortion; Sexual Violence.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é problema mundial de alta prevalência negligenciado por muitas décadas. Os dados reais sobre violência sexual são de difícil obtenção, uma vez que, frequentemente, a vítima sente vergonha ou culpa pela agressão sofrida ou medo de denunciar o agressor. Desafio ainda maior constitui a determinação da frequência das consequências do estupro, entre as quais se encontram doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, distúrbios psicológicos, desajustamento social e rejeição da família e do parceiro.

Esta revisão objetiva oferecer panorama sobre a questão do aborto humanitário no Brasil, conhecido como sentimental, piedoso ou ético. Essa modalidade de aborto refere-se àquele realizado em situação de gravidez resultante de crime de estupro mediante a autorização da gestante. *Mattar et al.* estimam que o percentual de gravidez

¹ Graduando do 10º período do curso de Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Hospital das Clínicas da UFMG

Endereço para correspondência:
Rodrigo Lolli Almeida Salles
Av. Protásio de Oliveira Penna, 353/401
Bairro: Buritis
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30575-360
E-mail: rodrigolollisalles@gmail.com

nessas circunstâncias esteja entre 0,5 e 3,0%.¹ Essas gestações são, na maioria das vezes, rejeitadas e a mulher opta por sua interrupção. É comum o desconhecimento das vítimas do direito ao aborto seguro e a procura por clínicas clandestinas para a realização de aborto, colocando em risco sua saúde. Soma-se à falta de informação da população o despreparo da equipe de saúde em relação à postura mais adequada durante o atendimento à vítima de violência sexual.

Segundo o artigo 213 do Código Penal Brasileiro, alterado pela Lei Federal do Brasil número 12.015 de 2009, define estupro como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. O Decreto de Lei nº 2.848, artigo 128 do Código Penal Brasileiro, define que “não se pune o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.

MÉTODOS

A bibliografia foi obtida na base de dados *SciVerse Scopus* (Elsevier) utilizando-se os termos *Legal Abortion* e *Violência Sexual* para procura no campo do título do artigo. A pesquisa foi limitada a artigos de revisão em inglês e português, publicados a partir do ano 2000. Dos 28 artigos identificados somando-se os resultados para os termos pesquisados, foram selecionados seis com base nos seguintes parâmetros predefinidos: título do artigo, sua aplicação prática, o interesse despertado e a disponibilidade de acesso ao artigo na íntegra por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foram selecionados outros artigos a partir dos artigos iniciais.

REVISÃO DA LITERATURA

A violência sexual não é tema recente na história da humanidade. De uma forma ou de outra, ela sempre existiu. Entretanto, apenas recentemente surgiu um movimento mais organizado em combate a esse meio cruel de agressão, quando várias conferências internacionais discutiram o tema e esclareceram melhor os direitos de mulheres, crianças e adolescentes. Destacam-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a Conferên-

cia Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), que afirmaram a importância dos direitos reprodutivos para todos os seres humanos, estabelecendo que todo indivíduo deve ter pleno controle sobre questões relacionadas à sua sexualidade e reprodução, sem sofrer qualquer tipo de constrangimento ou violência.

No Brasil, desde 07/12/1940, com o Decreto de Lei nº 2.848, artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, mulheres e adolescentes cuja gravidez resulte de violência sexual têm o direito de interromper a gestação, devendo ser informadas sobre esse direito. Segundo o Código Penal, não pode ser exigido Boletim de Ocorrência ou laudo do Instituto Médico Legal para a realização do aborto, assim como não é necessária autorização judicial. Caso a idade gestacional seja compatível com a data do estupro e a paciente deseje e assine os termos necessários, sua palavra deve ser tomada como verdade, independentemente do fato ter sido comunicado às autoridades. Caso posteriormente descubra-se que a gestante faltou com a verdade, apenas ela responderá pelo crime de aborto.

O Ministério da Saúde estabeleceu, em 2005, os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez. São necessários cinco documentos: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que a gestante relata opção pela interrupção da gestação, estando ciente das alternativas existentes. Também deve declarar conhecimento dos procedimentos médicos adotados e dos riscos envolvidos no processo. Além desse, precisa-se do Termo de Responsabilidade, em que a mulher declara que as informações prestadas à equipe de saúde são verdadeiras e que está ciente das consequências dos crimes de Falsidade Ideológica e Aborto. Também o Termo de Relato Circunstanciado, em que a mulher deve relatar data, horário aproximado, local e descrição detalhada da violência sexual e do criminoso, bem como se houve alguma testemunha. Ainda, o Parecer Técnico, em que o médico deve afirmar que existe compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual. Por último, o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez, que deve ser assinado pela equipe multiprofissional e pelo diretor da instituição. Todos os documentos devem ser anexados ao prontuário e suas cópias devem ser entregues à gestante. Em caso de gestante com idade menor de 18 anos ou sem condições de discernimento, os três primeiros termos devem ser assinados por um representante legal. Em situações em que a vítima, menor de 18 anos de idade, não

desejar que seja feito o aborto e seus responsáveis discordarem, deve-se acatar a decisão da gestante. No entanto, quando o inverso ocorrer, e na condição de os pais não estarem envolvidos na violência sexual, torna-se necessário acionar o Conselho Tutelar ou a Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude para solução da divergência.²

O médico possui o direito de se negar a realizar o aborto por objeção de consciência, desde que não haja risco de morte para a mulher ou possibilidade de danos à saúde por omissão do profissional e que haja outro profissional que realize o procedimento nos casos previstos por lei. Também não pode negar a pacientes que tenham alguma complicação de um aborto realizado fora das condições adequadas, já que esses casos devem ser atendidos em caráter de urgência.

Recomenda-se que até a idade gestacional de 12 semanas o método de escolha para interrupção da gravidez seja a aspiração a vácuo intrauterina, que pode ser elétrica, a vácuo ou manual intrauterina, sendo a última mais utilizada. Essa técnica é simples e rápida e suas complicações são raras. Outra técnica possível é a curetagem uterina, em que se realiza raspagem da cavidade uterina após dilatação do colo. Essa técnica oferece alto risco, principalmente de perfuração do útero e de sangramento excessivo. Outra possibilidade é o abortamento medicamentoso com misoprostol, com eficácia de 90% no primeiro e no segundo trimestres da gestação. Suas desvantagens decorrem da demora de sua ação, acompanhada frequentemente de dor em cólica e sangramento vaginal. Após 12 semanas de gestação, o uso de misoprostol é o método de escolha para interrupção da gravidez. Após 22 semanas não se recomenda a interrupção da gravidez, devendo a gestante ser encaminhada ao pré-natal e orientada em relação aos procedimentos de adoção, caso esta seja sua vontade.

A paciente pode receber alta assim que estiver em boas condições, devendo ser orientada quanto à possibilidade de sangramento e cólicas por alguns dias. O período de afastamento do trabalho deve ser avaliado pelo médico responsável. A primeira consulta médica deve ocorrer entre sete e 10 dias após o abortamento e a paciente orientada a retornar ao hospital em caso de febre, corrimento vaginal ou sangramento em grande volume ou dor abdominal. É preciso que esteja ciente da importância de comparecer aos próximos retornos para dar continuidade à investigação de doenças sexualmente transmissíveis.² A assistência à mulher vítima de violência sexu-

al deve ser multidisciplinar, garantindo acompanhamento médico e psicológico de qualidade.¹

DISCUSSÃO

O Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas, em levantamento realizado entre agosto de 1998 e maio de 2006, procedeu ao atendimento a 109 grávidas em decorrência de estupro. Deste total, 71 e 23 optaram e não optaram por interromper a gestação, respectivamente.³ Esses dados corroboram dados que ilustram o quanto a gravidez resultante de estupro é rejeitada pela mulher e muitas procuram a sua interrupção de forma clandestina. O número de abortos clandestinos praticados no Brasil é desconhecido em razão da ilegalidade do ato, entretanto, pode ser estimado com base nas informações sobre mortalidade materna. Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e a quarta principais causas de mortalidade materna em várias capitais brasileiras. Apesar do desenvolvimento de formas mais eficazes e seguras para o aborto, o número de complicações decorrentes de práticas clandestinas ainda é grande, entre elas histerectomia, seps e morte materna. A frequência dessas complicações depende do local onde o aborto é praticado e chega próximo de zero diante de condições adequadas para a sua realização. Assim, a alta taxa de mortalidade reflete a condição de mulheres com baixo nível socioeconômico que não tem acesso a meios seguros para a realização do aborto.

Esses fatos mostram grande oportunidade dos serviços médicos na abordagem da mulher vítima de violência. Muitos profissionais de saúde não foram capacitados para esse atendimento. O despreparo quanto à forma de acolhimento, desconhecimento dos protocolos propostos pelo Ministério da Saúde, preconceito e julgamento impede o atendimento adequado à mulher. Contudo, tem-se observado mais habilidade dos serviços, decorrente da conscientização e capacitação da equipe multidisciplinar para esse atendimento. Existem poucos serviços de referência para atendimento a essas mulheres, cujos protocolos e fluxos são bem estabelecidos e alguns profissionais são treinados para o atendimento, a maioria concentrada na região Sudeste.

Diante da dificuldade de acesso, do medo de denúncia de violência sexual e da falta de informação da população, muitas vítimas não buscam o atendimento no momento em que a violência ocorreu e só o fazem

se resultar em gravidez. Nesse momento, a paciente deve ser acolhida e informada sobre os seus direitos. Deve ser verificada a compatibilidade entre a anamnese e exame físico, entre a idade gestacional cronológica e pela ultrassonografia. Caso não haja discordância em algum dos elementos, o aborto legal deve ser realizado, se assim desejado pela paciente, com o método mais adequado para a idade gestacional. Também deverão ser realizadas todas as condutas cabíveis para prevenção e diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, assim como apoio psicológico.

CONCLUSÃO

O desconhecimento da lei pelos profissionais de saúde e pelas vítimas aumenta o número de mulheres que buscam o aborto clandestino, normalmente em clínicas inadequadas para o atendimento e por profissionais sem qualificação necessária. Isso acarreta elevada frequência de complicações pós-operatórias, com alta morbimortalidade materna. Demonstra-se assim a importância da qualificação médica no atendimento às vítimas de violência sexual, garantindo a elas o acesso pleno e seguro ao direito que lhes é garantido por lei.

REFERÊNCIAS

1. Mattar R, Abrahão AR, Neto JA, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, *et al.* Multidisciplinary care for victims of sexual assault: The experience at the federal university in São Paulo, Brazil. *Cad de Saude Publica.* 2007;23(2):459-64.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevention and treatment of damages resulting from sexual violence against women and adolescents: technical standard. 3. ed. atual. e ampl. Editora do Ministério da Saúde, 2010.
3. Bedone AJ, Faúndes A. Comprehensive healthcare for female victims of sexual violence: The experience of the women's comprehensive healthcare center, state university in Campinas, Brazil. *Cad de Saude Publica.* 2007;23(2):465-9.
4. Villela WV, Lago T. Advances and challenges in treatment for female victims of sexual violence. *Cad de Saude Publica.* 2007;23(2):471-5.
5. De Oliveira EM. Forum: Sexual violence and health. introduction. *Cad de Saude Publica.* 2007;23(2):455-8.
6. Loureiro DC, Vieira EM. Knowledge and opinions concerning legal and ethical issues with abortion among physicians working in emergency wards in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2004;20(3):679-88.