

Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Saúde - FS

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Mestrado

Deficiência mental: violência sexual e aborto legal

Lina Vilela Santos

Brasília 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

FACULDADE DE SAÚDE - FS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – MESTRADO

LINA VILELA SANTOS

Deficiência mental: violência sexual e aborto legal

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.a Dr.a Debora Diniz

Co-orientador: Prof.o Dr.o Jefferson Drezett

Brasília 2015

LINA VILELA SANTOS

Deficiência mental: violência sexual e aborto legal

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Aprovada dia 16 de setembro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Dr.a Debora Diniz (presidente)

Departamento de Ciências da Saúde- UnB

Prof.a Dr.a Lívia Barbosa

Membro externo: Departamento de Serviço Social programa de pós graduação em Política Social

Prof.a Dr.a Dirce Guilhem

Membro interno: Departamento de Ciências da Saúde- UnB

Prof.a Dr.a Andrea Rufino

Membro externo – Suplente

Brasília

2015

*Dedico esse trabalho ao meu companheiro de dissertação, Rafael de Acypreste.
Que me ajudou de forma carinhosa e dedicada durante a escrita desse trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, professora doutora Debora Diniz, não só pela aposta em meu potencial, mas pelo apoio incondicional e pela atenção incomparável — abriu portas e me acompanhou por toda a minha trajetória na graduação e no mestrado como uma impensável mãe acadêmica.

Aos meus pais, Henrique e Joseline, por toda a preocupação, a pressão e o carinho que foram fundamentais para avançar nesta e em todas as etapas da minha vida.

Ao meu irmão e amigo Arthur, por sempre acreditar em mim e no meu potencial.

À Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e todos que ali trabalham, pelas grandes oportunidades que me foram dadas na área da pesquisa acadêmica, que foram cruciais para o meu crescimento e aprendizagem.

À CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que me possibilitou condições materiais para a realização dessa pesquisa em dedicação exclusiva.

Aos meus queridos amigos Carolina Neiva, Marina Suassuna, Rafael de Acypreste e Vítor Magalhães por terem feito parte do processo de elaboração desse trabalho, acompanhando de perto em momentos difíceis e fazendo com que esse trabalho tenha se tornado possível.

À Andrea Rufino por ter aceitado a fazer parte da banca avaliadora dessa dissertação, por ser uma importante profissional no tema da sexualidade, por todo cuidado, atenção e entusiasmo comigo e com esse trabalho.

Ao Jefferson Drezett por ser um profissional referência no tema do aborto, por ter aberto as portas do Hospital Pérola Byington e pela atenção e ensinamentos muito importantes para mim.

À Lívia Barbosa por ter aceitado mais uma vez a fazer parte da banca avaliadora dessa dissertação, por ter me inserido no tema do aborto me servindo de exemplo como uma pesquisadora de campo dedicada

RESUMO

Esse estudo analisou prontuários de mulheres com deficiência mental que sofreram violência sexual e fizeram um aborto legal no período de um ano, entre 2012 e 2013 no Hospital Pérola Byington – São Paulo, totalizando treze prontuários. Foi realizada uma pesquisa qualitativa documental e descritiva de caráter local com dados encontrados em documentos dos prontuários de mulheres com deficiência mental vítimas de violência, como termos e autorizações legais necessários para a realização do aborto legal, boletins de ocorrência policial e relatórios psicossociais. Foram analisados registros da equipe de saúde referentes à gravidez e ao aborto legal, como os procedimentos utilizados para a realização da interrupção da gestação, tempo de internação e idade gestacional. Foram analisados também aspectos relacionados à violência sexual sofrida pelas mulheres com deficiência mental, os seus agressores, o local e frequência da violência. As mulheres violentadas eram pobres e jovens e, em relação ao aborto legal, apresentaram uma idade gestacional próxima do limite de semanas previsto em lei. Os procedimentos para indução utilizados foram o misoprostol em nove casos e AMIU em quatro casos, com um período de internação com média de três dias. A decisão em relação ao aborto legal foi tomada pelas responsáveis legais pelas mulheres com deficiência mental. As pessoas responsáveis por essas mulheres e seus cuidados eram também mulheres, evidenciando uma questão da naturalização do cuidado como uma tarefa privada e feminina. Percebe-se, assim, a necessidade do aumento de investimentos em iniciativas protetivas e em pesquisas na área de violência sexual e deficiência mental.

Palavras-chaves: Violência sexual; deficiência; deficiência mental; aborto legal.

ABSTRACT

This study analyzed the medical records of women with mental disabilities who have suffered sexual violence and made a legal abortion within one year, between 2012 and 2013 in the Perola Byington Hospital - São Paulo, totaling thirteen records. A qualitative and descriptive research was conducted with local data found in health records of mentally disabled women victims of violence, such as legal authorizations required for having a legal abortion, police reports and psychosocial reports. Records from the health team related to pregnancy and legal abortion were analyzed, such as the procedures used to perform the interruption of pregnancy, length of stay and gestational age. Aspects related to sexual violence suffered by women with mental disabilities were also analyzed, such as the profile of perpetrators, place and frequency of violence. The abused women were young and poor and, in relation to legal abortion, had a gestational period close to the week limit provided by law. The procedures used for induction were misoprostol in nine cases and MVA in four cases, with an average hospital stay of three days. The decision in relation to legal abortion was taken by the legal guardians of women with mental disabilities. The people responsible for these women and their care were also women, revealing a matter of care naturalization as a private and feminine task. It is clear, therefore, the need for increased investment in protective initiatives and research in the area of sexual violence and mental disabilities.

Key-words: Sexual violence; disabilities; mental disability; legal abortion.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AMIU – Aspiração Manual Intra-Uterina

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVS – Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual

B.O. – Boletim de Ocorrência Policial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

IML – Instituto Médico Legal

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MULHERES COM DEFICIÊNCIA	17
2.1 VULNERABILIDADE	19
3. VIOLÊNCIA E DEFICIÊNCIA	20
3.1. VIOLÊNCIA EXCLUSIVA	22
3.2. FATORES DE RISCO	24
3.2.1 Agressores Cuidadores	27
3.3 A SAÚDE DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA.....	29
3.3.1 Sexualidade de Mulheres com Deficiência Mental e Consequências da Violência Sexual	30
4. METODOLOGIA	32
2.1 ÉTICA EM PESQUISA	35
2.2 POSSÍVEIS RISCOS E SOLUÇÕES	36
5. ANÁLISE DE DADOS	38
5.1 BLOCO I: DADOS GERAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DAS MULHERES E FAMÍLIAS	38
5.1.1 O Cuidado e as Mulheres Cuidadoras	39
5.2 BLOCO II: VIOLÊNCIA SEXUAL SOFRIDA (LOCAL, A RELAÇÃO COM O AGRESSOR E TIPO DE VIOLÊNCIA.)	40
5.2.1 Agressores	42
5.3 BLOCO III: DADOS SOBRE O ABORTO (IDADE GESTACIONAL, QUAL O PROCEDIMENTO REALIZADO E TEMPO DE INTERNAÇÃO)	44
5.4 BLOCO IV: DOCUMENTOS E TERMOS	48
5.4.1 Termo de Relato Circunstanciado	49
5.4.2 Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez Resultante de Violência Sexual	50
5.4.3. Parecer Técnico.....	50
5.4.4 Ficha de Atendimento do Serviço Social, Ficha da Psicologia e Ficha da Ginecologia e Obstetrícia	51
5.4.5 Ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem	52
5.4.6 Termo de responsabilidade	52
5.4.7 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Interrupção da Gravidez Resultante de Violência Sexual	53
5.4.8 Boletim de Ocorrência Policial (B.O.)	53
5.4.9 Documento de Requisição do Instituto Médico Legal (IML)	54
5.4.10 Termo de autorização e responsabilidade	55
5.4.11 Termos de coleta e de retirada de materiais biológicos	55
5.4.12. Ficha Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).....	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
8. ANEXOS.....	67
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	68
ANEXO B – TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO	71

ANEXO C – PARECER TÉCNICO.....	73
---------------------------------------	-----------

ANEXO D – TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO.....	74
--	-----------

ANEXO E – TERMO DE RESPONSABILIDADE.....	75
---	-----------

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
---	-----------

1. INTRODUÇÃO

Estima-se que existam no Brasil 40 serviços em funcionamento em centros de saúde capacitados para a realização do aborto legal (1), localizados em unidades de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) (2). Desses, 36 realizam aborto em casos de estupro, 26 realizam aborto em caso de risco de vida, 29 realizam aborto em caso de anencefalia, e quatro não realizam aborto em nenhum caso (3). O Hospital Pérola Byington é referência nacional nesse tipo de serviço no país, realizando quase 40% dos abortos do país (3). Apesar da violência sexual ser um fenômeno universal, são escassos os estudos e pesquisas empíricas que relacionam o tema com o da deficiência mental, ainda que existam registros de mulheres com deficiência mental que vivenciam essa violência de forma cotidiana, podendo realizar um aborto legal (4–7). Esse é um estudo exploratório, que se utilizou de uma análise documental para investigar, através de prontuários, os treze casos de interrupção da gestação de mulheres com deficiência mental que utilizaram o serviço de aborto legal do Hospital Pérola Byington durante o período de um ano, entre 2012 e 2013, em São Paulo.

O aborto no Brasil é comumente entendido na área da saúde como a expulsão de um feto do útero em que, no momento da expulsão, não há possibilidade de vida, sendo a interrupção de uma gestação de até 22 semanas ou um feto de até 500g (8). No campo jurídico, o aborto é encarado como a interrupção de uma gestação com intenção de morte fetal, independente do número de semanas, tamanho ou peso (9). No entanto, esse entendimento varia em relação a área de estudo, país e crenças diversas. O aborto espontâneo, quando não há intenção ou ação externa com intuito de interrupção da gestação, não é punido no Brasil. Contudo, o aborto induzido ou intencional é crime contra a vida, previsto nos artigos 124, 125, 126 e 127 do Código Penal Brasileiro (10). O aborto no Brasil é crime apesar da sua magnitude ter um impacto expressivo nos gastos do setor da saúde – devido às internações, curetagens e tratamentos de complicações e sequelas (11,12) – e apesar de significar uma importante causa de morte materna do

país que poderia ser evitada (13).

No Brasil, a temática do aborto vem sendo cada vez mais explorada como um problema de saúde pública (14). Os entraves políticos, reivindicações de movimentos sociais, além de trabalhos acadêmicos e a própria cobertura midiática vêm aumentando os debates sobre tema do aborto na sociedade. Os debates em relação ao aborto podem ser capazes de levantar questões referentes à saúde reprodutiva, às relações de gênero, à assistência e garantia de direitos sexuais e reprodutivos e à autonomia dos corpos e processos decisórios (11). No entanto, apesar de ser cada vez mais evidenciada no âmbito político, a temática do aborto ainda é encarada com rejeição na sociedade brasileira, marcada por preconceitos, estigmatizações e julgamentos.

Existe um constante conflito de posicionamentos em relação ao aborto. Se, por um lado, o aborto é encarado como uma forma de autonomia das mulheres de decidirem sobre o próprio corpo, por outro, é retratado com base em doutrinas religiosas ou patriarcais como uma abertura à irresponsabilidade e crime contra vida (15). Essa pesquisa foi realizada com foco na população de mulheres com deficiência mental com intuito de reforçar e colaborar com o debate do aborto como problema de saúde pública, restringindo o estudo a esse grupo duplamente vulnerável e precarizado de mulheres com deficiência. O grupo de mulheres com deficiência mental é estigmatizado não apenas pela realização do aborto, mas pelo próprio corpo que habita em uma sociedade capacitista e machista, em que a produtividade e a estética tem um nobre *status*. Além disso, constitui um grupo secundarizado, marginalizado e com alto índice de violência sexual, de gravidez indesejada e, conseqüentemente, de aborto legal (16–18).

Segundo o Código Penal brasileiro, é garantido legalmente o aborto em três casos: no caso de gravidez resultante de estupro, tipificado no artigo 213 do Código Penal, mediante autorização da mulher (em virtude da concepção indesejada), em caso de risco de vida para a mulher gestante (sacrifica-se um bem jurídico para salvaguardar outro) e, recentemente, aprovado em 2012 pelo Supremo Tribunal Federal, a antecipação terapêutica do parto em casos de fetos anencéfalos (artigo 128). No caso de mulheres com deficiência mental, há ainda uma particularidade intitulada “estupro de vulnerável” (artigo 217-A). Após a Lei nº 12.015/2009 foi

considerado estupro de vulnerável o ato sexual envolvendo crianças e adolescentes menores de quatorze anos e mulheres com deficiência mental ou pessoas incapazes de discernir e consentir sobre a prática sexual: “alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência”(10).

Segundo as Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (13,19), foi regulamentado que o aborto legal de mulheres com deficiência mental, caso não tenham condição de discernimento e expressão de sua vontade, deve ser decidido pela sua representante legal. Nessa situação, a representante da mulher deficiente deve assinar termo de consentimento. Porém, nem sempre há um consenso médico-jurídico de quando essas mulheres têm ou não condição de discernimento e capacidade de escolha. Essa dúvida se dá tanto em relação às práticas sexuais como em relação à realização do aborto, fazendo com que casos como esse se tornem emblemáticos e desafiadores.

A sexualidade das mulheres com deficiência mental é marcada por lendas e preconceitos. Alguns acreditam que esse é um grupo de pessoas assexuadas, tidas como seres angelicais e infantilizados, enquanto outros acreditam haver uma depravação ou uma hipersexualidade aflorada pela própria deficiência (20,21). Porém, o que se observa é que a maioria dessas mulheres tem necessidades sexuais como quaisquer outras. A peculiaridade é que podem ter pouca compreensão do que é ou não permitido na sociedade em que vivem, quais impulsos devem ser repreendidos e em quais locais é permitido expressar sua sexualidade livremente. Também são menos orientadas sexualmente, seja pelas instituições de ensino, pelas famílias ou cuidadores (22,23). As mulheres com deficiência mental recebem ainda menos orientação sexual e apoio familiar do que os homens também deficientes, aumentando as chances dessas mulheres de fazerem parte de um grupo mais vulnerável à violências sexuais (24).

Estima-se que metade das mulheres com deficiência mental passe por, pelo menos, uma situação de violência sexual ao longo de suas vidas e a violência é praticada, na maioria das vezes, por pessoas próximas da vítima: pai, padrasto, irmãos, tios, vizinhos e cuidadores (4,18). Estudos com mulheres com deficiência

mental mostram que essas mulheres, apesar de certas vezes conseguirem reconhecer situações de risco de violência sexual, não apresentam condições necessárias para que consigam recusar e sair dessa situação. Tampouco conseguem recorrer a outras pessoas para realizar uma denúncia ou receber algum tipo de assistência (25). Diversos autores concordam ao afirmar que a violência sexual é mais recorrente em mulheres com deficiência mental, ainda que os motivos para essa alta incidência sejam diversos (6,16,18,26–28).

Existem alguns fatores que aumentam os riscos das mulheres com deficiência mental serem abusadas sexualmente em relação às mulheres sem nenhuma deficiência. Um deles é que, ao mesmo tempo em que vivem isoladas socialmente, são mais dependentes e precisam de mais cuidados a longo prazo, estando sempre acompanhadas dos seus agressores mais recorrentes, quais sejam, os familiares, os cuidadores ou profissionais da área da saúde (5). As vítimas podem depender financeiramente dos seus agressores e precisar deles para ter acesso à saúde e para realizar atividades diárias básicas. A falta de educação sobre sexualidade, sobre preferências sexuais e sobre violência sexual também pode ser mais um fator risco. Mulheres com deficiência mental que foram abusadas sexualmente durante grande parte da vida podem não reconhecer o que tem vivido como violência.

Outros possíveis fatores para o maior índice de violência sexual em mulheres com deficiência mental estão relacionados à ideia de que são mulheres frágeis aos olhos dos seus agressores e que apresentariam menos resistência (29). As mulheres com deficiência mental podem ser manipuladas e ameaçadas e podem também não saber como reagir, a quem contar, onde procurar auxílio e, mesmo que consigam denunciar a violência e pedir ajuda, ainda correm o risco de serem desacreditadas devido à deficiência mental e a sua estigmatização e preconceito. Ademais, possuem pouco apoio social e têm menos chances de se fazerem ouvidas e acreditadas ao denunciarem uma violência (5).

A alta incidência de violência sexual em mulheres com deficiência mental é um fenômeno mundial e o número de pesquisas empíricas nessa área, apesar de restritas, vem aumentando em diversos países. Dessa forma, esse estudo se apresenta como útil e atual, pois auxilia na compreensão de um desenho, ainda que restrito, da realidade de mulheres com deficiência mental que sofreram violência

sexual e fizeram um aborto legal proveniente dessa violência. Realizar esse trabalho e analisar histórias de mulheres com vidas precarizadas e invisíveis aos olhos da sociedade tem um estímulo não apenas acadêmico, de estudar e colaborar compartilhando com a comunidade científica uma nova pesquisa sobre o tema, como também político, de reconhecer nessas mulheres uma dor que merece ser respeitada e dividida a fim de que se possa idealizar propostas de auxílios e melhorias na vida dessas mulheres.

2. MULHERES COM DEFICIÊNCIA

A deficiência aqui descrita pretende ultrapassar a lógica biomédica de medicalização em busca da cura que tem a normalidade como ideal. A deficiência mental dessas mulheres deve ser encarada, de forma mais ampla, como uma forma de existência. As relações de desigualdades não são inerentes às mulheres deficientes, mas sim impostas pela cultura da normalidade biológica e social. A ideia de que corpos com impedimentos são indesejáveis e devem servir como objeto para intervenções biomédicas deve ser estranhada. Assim como as relações de desigualdade, as diversas formas de opressão sofrida por essas mulheres não são decorrentes do corpo que habitam, e sim de uma sociedade não inclusiva, despreparada e despreocupada em permitir e aceitar manifestações da diversidade humana, impondo uma cultura da normalidade e da produtividade em que essas mulheres não se encaixam (36).

As mulheres com deficiência mental não estão destinadas ao isolamento por habitarem determinado corpo. O isolamento dessas mulheres pode ser entendido como o reflexo de uma vida precarizada pelas barreiras sociais e a elas impostas. Quanto maiores forem as barreiras, maiores serão as restrições de participação do ambiente social. A violência contra as mulheres com deficiência mental surge de uma sociedade não inclusiva, e não pela vulnerabilidade ou fragilidade de seus corpos (37).

Para Butler, todas as vidas humanas são precárias, e assim o são pela certeza de que todos podem morrer. Habita-se um corpo que é biologicamente finito para todos os seres humanos. A precariedade é uma condição social e reage de forma diversa a depender do seu valor para o marco hegemônico. Uma vida concreta e precária, para que possa ser perdida ou danificada, precisa antes ser apreendida como tal. Nem todas as vidas são qualificadas como vidas, não são consideradas dentro de determinados marcos epistemológicos. Por isso, não poderão ser perdidas ou lesadas no amplo sentido da palavra. A capacidade epistemológica para apreender uma vida está ligada à forma como esta é produzida e moldada de acordo com as normas que a caracterizam como vida (38).

Assim como há vidas que não são reconhecidas como vidas, há sujeitos que não são reconhecidos como sujeitos. Os sujeitos se constituem de acordo com normas que podem facilitar o reconhecimento. O reconhecimento é um termo mais forte e mais preciso que apreensão, ele caracteriza um ato ou uma prática entre sujeitos. Reconhecibilidade são condições que preparam o sujeito para o reconhecimento. Sendo assim, o ato de conhecer ou tomar conhecimento da existência de determinado sujeito não significa necessariamente reconhecê-lo (38). Tomar conhecimento da existência de mulheres com deficiência mental e da violência sofrida por elas são significa reconhecê-las como sujeitos dignos de luto; apreender a realidade dessas mulheres não faz com que suas vidas sejam reconhecidas como vidas pelo marco hegemônico.

A precariedade da vida diz respeito a determinada condição política em que pessoas sofrem por falta de apoio social e econômico e ficam mais expostas a danos, como violência, fome ou morte. A precariedade da vida pode ser minimizada ou maximizada, como acredita-se ser o caso do grupo de mulheres em estudo (39). Entende-se esse grupo de mulheres com deficiência mental como ininteligíveis ao marco hegemônico. A sociedade procura conter e determinar o que se vê, determina quais as vidas são dignas de luto, e quais as vidas não serão sequer reconhecidas como vidas (39). Para que os sujeitos se tornem sujeito susceptíveis a serem “chorados”, para que sejam dignos de luto, não é necessário conhecer as singularidades de cada um que está em perigo ou vulnerável. O que é necessário é o reconhecimento da política da precariedade da vida como uma condição compartilhada, o que gera mais compromisso de igualdade e universalização de direitos, abordando necessidades humanas básicas.

Essas mulheres têm a vida precarizada por diversos motivos. Os seus corpos, com limitações e dependência de cuidados não lhes pertencem, seja quando são violentados, seja para o livre exercício de sua sexualidade. Elas são mulheres, a subjugação de gênero está presente inclusive no submundo da deficiência mental. Essas mulheres são questionadas através da violência sobre o direito de existir no mundo e não são apreendidas pela reconhecibilidade, são invisíveis ao marco hegemônico (38). Se certas vidas não são percebidas ou reconhecidas como tal, então a proibição moral de violência apenas se aplica de forma seletiva. Não há

proibição moral de violência às vidas que não são dignas de luto. A seletividade vem no próprio sentir. Não se sente a perda das vidas que não são reconhecidas como tal; não se identificam vidas que não se aproximam do marco hegemônico (39).

2.1 VULNERABILIDADE

A vulnerabilidade está relacionada com a incapacidade relativa ou absoluta das pessoas conseguirem proteger os seus próprios interesses, seja pela falta de poder, alimentação, educação, ou qualquer tipo de recurso necessário para garantir a proteção dos seus interesses. As pessoas vulneráveis são aquelas que não conseguem consentir adequadamente (33,35). As mulheres deficientes mentais vivenciam uma vulnerabilidade intrínseca. A vulnerabilidade intrínseca está relacionada às características pessoais que afetem as tomadas de decisões (33). O impedimento intelectual dessas mulheres em uma sociedade, que tem como ideal o modelo de normalidade, faz com que essas mulheres não façam parte do exercício de sociabilidade por não se encacharem no padrão social imposto e sofram de uma vulnerabilidade intrínseca. As mulheres deficientes ou não vivenciam a vulnerabilidade pelo fato de viverem em uma sociedade paternalista que as coloca em uma posição de inferioridade em uma hierarquia social (33).

Não é incomum que mulheres com vulnerabilidade intrínseca sejam também extrinsecamente vulneráveis, causada por fatores externos, como é o caso da falta de poder socioeconômico e baixa escolaridade. O fato de terem uma deficiência mental em uma sociedade despreparada para aceitar a diversidade humana faz com que aumente as chances de sofrerem com a pobreza de suas famílias e com poucos recursos e apoio social, ou seja, a vulnerabilidade extrínseca é agravada pela vulnerabilidade intrínseca (33).

3. VIOLÊNCIA E DEFICIÊNCIA

Todas as mulheres, independente da idade, classe e contexto sociocultural, correm risco de serem vítimas de violência. Entretanto, alguns grupos de mulheres possuem maiores chances de sofrer, ao longo da vida, diferentes formas de violência. As mulheres com deficiência são consideradas um grupo de risco pelos altos índices registrados de violência, seja ela física, psicológica ou sexual e precisam de uma atenção e cuidados específicos (27,40–42). Estudos mostram que mulheres com alguma deficiência estão mais susceptíveis a vivenciar um conjunto de violências e por um período maior de tempo se comparadas às mulheres sem deficiência. Torna-se evidente a necessidade de ampliação da quantidade de pesquisas empíricas relacionadas a essa área como também maior atenção das escolas, famílias e centros de saúde, para que seja possível a socialização e proteção desse grupo de mulheres.

Apesar de todas as mulheres correrem risco de vivenciar uma experiência de violência, a iniciativa de examinar os grupos específicos de mulheres que estão em risco mais elevado de ser violentadas não é uma tentativa de fragmentar o tema da violência contra mulher, e sim uma tentativa de identificar e analisar uma realidade particular, para atuar de forma mais eficaz. As mulheres com deficiência não correm apenas maior risco de estupro em comparação com as mulheres sem deficiência, mas também essa violência pode ter um impacto ainda mais negativo sobre o bem-estar dessas mulheres (41). Pela saúde física e mental, a identificação de tais grupos de alto risco pode ser útil, pois permite que os clínicos e outros que atuam na prevenção da violência trabalhem para melhor investir recursos em relação a atenção às mulheres.

Pesquisas empíricas que comparam a ocorrência de violência entre mulheres com e sem deficiência mostram que mulheres com deficiência sofrem mais violência e experimentam, ao longo da vida, mais tipos de violência emocional, físico e sexual que mulheres sem deficiência (40). Um estudo realizado com 305 mulheres com

diferentes tipos de deficiência mostrou que 68% das mulheres do estudo relataram ter sofrido pelo menos um tipo de violência (27). O tipo de violência mais comum encontrado na pesquisa foi o violência emocional (51%), que foi definido como gritos constantes, ter sentimentos feridos de propósito e se sentir inseguras. O segundo tipo de violência mais comum foi o sexual, em que 30% das mulheres dessa amostra sofreram violência sexual no ano anterior ao estudo (27).

Tanto meninos quanto meninas deficientes possuem maiores chances de terem sido vítimas do uso da força no início da vida sexual se comparadas com meninos e meninas sem deficiência. Uma pesquisa realizada na Suécia, com objetivo de comparar a incidência de força na primeira relação sexual com participantes deficientes e não deficientes, confirmou essa assertiva. Pesquisa feita com 2.254 alunos e alunas de 17 e 18 anos em 2005 e 2.641 em 2007 descobriu que o uso da força na primeira relação sexual era mais comum entre os adolescentes com deficiência (4,0%) do que entre os adolescentes que não relataram qualquer deficiência (1,6%) (43). Esse estudo descobriu que o uso da força nas primeiras relações sexuais era ainda mais comum entre os que relataram deficiências múltiplas (10,4%) (43). Quanto maiores eram as limitações e deficiências, maiores eram as chances de vivenciarem de um sexo forçado no início da vida sexual.

Mulheres adolescentes estudantes do ensino médio que se declararam deficientes ou com problema de saúde por um longo período participaram de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que mostrou que essas mulheres sofreram mais violência sexual do que mulheres que se declararam sadias. Das 7.193 mulheres entrevistadas, 12,5% afirmaram ter alguma deficiência ou problema de saúde por um longo período. As adolescentes que afirmaram ter alguma deficiência ou problema de saúde por um longo período eram mais propensas a serem fisicamente forçadas a terem relações sexuais (19,6%) do que aquelas sem deficiência (9,4%) (29). Outros estudos também mostram a discrepância em relação às maiores chances de mulheres adultas, adolescentes e até mesmo crianças com deficiência de sofrerem violência, não apenas violência sexual como física, maus tratos, ameaça, intimidação e agressões diversas.

Um estudo com 50.278 crianças, sendo 3.262 com alguma deficiência, mostrou que também as crianças deficientes sofrem mais violência do que as crianças sem deficiência (42). O estudo constatou que crianças deficientes sofreram três vezes mais violência sexual e quatro vezes mais violência emocional do que outras crianças sem deficiência. Crianças deficientes possuíam ainda 3,4 vezes mais chances de sofrerem diferentes tipos de maus tratos se comparadas as crianças sem nenhuma deficiência, como abandono, exploração e negligência. O estudo apontou ainda que as crianças deficientes eram mais propensas a suportar múltiplos episódios de maus-tratos (71,0%) do que episódios pontuais (29,0%) e sofreram maus-tratos por um período mais longo se comparados com crianças sem deficiência (42).

3.1. VIOLÊNCIA EXCLUSIVA

Mulheres com deficiência podem sofrer múltiplas formas de violência, podem ser vítimas de violência sexual, física ou psicológica, assim como podem também as mulheres sem deficiência. No entanto, as mulheres com deficiência, além das violências emocionais e agressões, estão também expostas a outros tipos de violências relacionados à própria deficiência. Existe uma forma exclusiva de violência e negligência vivenciada por pessoas com deficiência, uma violência ligada aos fatores de desumanização das mulheres e controle sobre os seus corpos (44). As formas de violência exclusiva contra mulheres com deficiência podem estar relacionadas à restrição à saúde, ao cuidado pessoal, à mobilidade, à comunicação e outros tipos de restrições a depender da deficiência e do que são consideradas habilidades e necessidades dentro de um determinado contexto sociocultural

Dentre as formas de violência que atingem a própria deficiência está o impedimento dessas pessoas de acesso aos serviços de saúde, integração aos

dispositivos de mobilidade e à atenção às necessidades básicas (27). Em relação à privação do acesso a saúde, existem relatos de mulheres com deficiência sobre a suspensão de medicamentos, como a retenção de medicamentos para dores, complexos vitamínicos e até medicamentos considerados necessários ou vitais. Há ainda a possibilidade da negligência do cuidado físico e da higiene pessoal, o impedimento à participação de exames e consultas médicas e ameaças de internação e institucionalização (44,45).

Não é incomum que mulheres com deficiência que sofreram violência física ou sexual tenham sofrido também desse tipo de violência exclusiva às pessoas com deficiência. Essa forma de violência pode estar relacionada também à mobilidade, com a remoção de dispositivos de acessibilidade essenciais, como cadeira de rodas, andadores, muletas e bengalas (44). A violência em relação à mobilidade pode estar relacionada ao direito de se transportar, de se locomover, ter acesso a transportes públicos ou viver em um ambiente acessível, em que seja possível transitar sem barreiras físicas e sociais, por exemplo (44). Além da mobilidade, a violência pode estar relacionada com a retirada de apoios essenciais às tarefas pessoais diárias, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, sair de casa, ou sair da cama (46).

Esse tipo de violência não pode remeter à dependência causada pela própria deficiência mas às relações de poder impostas pela sociedade. A violência exclusiva de pessoas com deficiência é apenas mais um reflexo de uma sociedade não inclusiva, que atende às necessidades de indivíduos que se encaixam no marco hegemônico dominante e ignoram as necessidades e a existência dos que não são representados pelo padrão imposto. Ainda que sejam diminuídos os fatores de risco, a violência exclusiva ainda poderá permanecer, pois esta se mantém pela não reconhecibilidade dessas mulheres como sujeitos, como vidas dignas de serem vividas. As não vidas, as mulheres deficientes mentais continuarão a sofrer violência enquanto não existir para o marco, enquanto habitarem um corpo tido pela sociedade como anormal, indesejado e por isso desnecessário e rejeitado ao ambiente social (36).

3.2. FATORES DE RISCO

Dentre os fatores de risco mais comuns para a perpetuação da violência contra mulheres com deficiência estão: o risco de isolamento, quando há um descrédito dessas mulheres e delas é retirada a possibilidade de um convívio social; a possibilidade de violência por múltiplos potenciais perpetradores, como familiares, vizinhos, conhecidos, amigos, parceiros íntimos, profissionais de saúde, etc.; a dependência em consequência da deficiência e suas limitações em atividades cotidianas, como em relação a higiene, vestimenta, alimentação e locomoção; dependência financeira, quando há uma impossibilidade dessas mulheres exercerem uma profissão ou administrarem a própria renda; dificuldades dessas mulheres de identificar e nomear a violência, como em situações em que a pessoa que cuida é também a pessoa que a violenta, formando relações ambíguas e confusas em que as mulheres não necessariamente sabem que estão sofrendo violência; além de barreiras culturais e sociais, como as questões do preconceito, do capacitismo e do machismo que essas mulheres sofrem.

As mulheres com deficiência são vítimas de isolamento e descrédito pela sociedade e a elas lhes são reservados poucos recursos educacionais, tornando-as ainda mais dependentes, menos autônomas e empoderadas, e, portanto, mais propensas à serem violentadas (47). As mulheres com deficiência, em geral, sofrem mais de depressão, ansiedade e baixa autoestima do que mulheres sem deficiência (44). Portanto, a iniciativa de restringir convívio social das mulheres com deficiência com intuito de poupá-las e protegê-las acaba tendo o resultado inverso, pois, quanto mais isoladas as mulheres com deficiência estiverem, maiores são as chances de sofrerem violência. Quanto mais restritas socialmente, menos apoio e menos oportunidades terão de entender e reagir à situação de violência vivida. Quando há uma internalização da opressão e silêncio em relação a violência, a probabilidade dessas mulheres de pedirem auxílio e de denunciarem a violência diminui, e, conseqüentemente, aumentam as chances daquela violência se prolongar (44).

As agressões contra mulheres com deficiência podem ser realizadas por uma variedade de autores, incluindo parceiros íntimos, amigos, membros da família, profissionais de saúde e prestadores de assistência pessoal de serviços (48). As mulheres com a saúde física ou mental prejudicadas podem ser mais propensas a serem estupradas se violentadores sentirem que essas mulheres serão relativamente impotentes para resistir. Agressores podem centrar a sua atenção sobre as mulheres com deficiências cognitivas, ponderando que essas mulheres podem ser mais facilmente manipuladas (41). Agressores podem também sentir que as mulheres com deficiência são menos propensas do que outras mulheres a denunciarem agressões, principalmente as mulheres com deficiências que causem restrições na comunicação.

Mulheres com deficiência que têm a comunicação restrita, seja por limitações da própria deficiência, seja pelas limitações sociais impostas, podem se sentir incapacitadas de se expressar. O preconceito contra mulheres com deficiência mental faz com que essas mulheres tenham medo de serem desacreditadas ao tentar obter auxílio e acabam evitando esse contato em delegacias com a polícia, ou com advogados, servidores do Poder Judiciário, funcionários judiciais e profissionais da área da saúde (41). Essas mulheres precisam de um maior aparato e atenção para que consigam se expressar de outras formas, o que não acontece em uma sociedade que não leva em consideração a existência dessas pessoas. O contexto social influencia a vida das mulheres com deficiência mental, influencia também na violência sexual vivida por essas mulheres, na duração e no tipo da violência, no nível de complexidade de lidar com mulheres com deficiência violentadas e nas relações agressivas (18).

O contexto social e cultural em que essas mulheres com deficiência vivem pode colaborar para o aumento do risco de violência, como o acesso aos serviços de saúde, serviços de apoio, grau de pobreza, inacessibilidade, desvalorização e isolamento (27). Um estudo realizado com 415 mulheres com alguma deficiência física mostrou que a idade, a mobilidade, o isolamento social e a depressão podem ser usados para identificar, com precisão de 84%, se uma mulher deficiente experimentou violência física, sexual ou violência relacionada com a deficiência no ano anterior ao estudo (49). Esse estudo apontou que mulheres mais jovens, com

menor mobilidade, que tenham experimentando maior isolamento social e níveis mais elevados de depressão apresentam maiores chances de terem vivenciado alguma forma de violência.

Dentre as barreiras sociais e culturais, estão a dominação patriarcal e a discriminação. A existência dessas barreiras sociais e culturais faz com que o contexto social das mulheres com deficiência seja um contexto ainda mais opressor, fazendo com que essas mulheres sejam vítimas de uma desvalorização social. As mulheres com deficiência são vulneráveis às barreiras sociais impostas e sofrem com a violência por familiares e cuidadores com relações hierárquicas de poder de provedor e assistida (18). As mulheres com deficiência são duplamente vítimas de uma sociedade machista e capacitista, que colabora para que essas mulheres sejam inferiorizadas e desacreditadas, tendo como um dos reflexos a pouca aplicação de leis e o difícil acesso à saúde e aos serviços de apoio social para responderem às violências (18).

Uma das razões levantadas para justificar que as altas taxas de violência por parceiros íntimos e/ou cuidadores são maiores quando se tratam de mulheres com deficiência pode estar relacionada à dependência. A necessidade de assistência pessoal na vida cotidiana cria uma vulnerabilidade adicional às mulheres com deficiência (6). Parceiros ou cuidadores podem ser necessários para realização de atividades íntimas diárias como higiene, troca de roupa, etc. A dependência pode ser um facilitador para que parceiros ou pessoas próximas tirem proveito ou dificultem diferenciar o inapropriado (50). De acordo com Gilson, Depoy e Cramer, quanto menor for a capacidade da pessoa de cuidar de si, de suas necessidades básicas ou quanto maior for a dependência da pessoa para realizar atividades cotidianas, maior será o risco de sofrer violência (44).

As mulheres com deficiência podem depender de seus parceiros não apenas para a realização de atividades íntimas, mas também para atividades diárias essenciais da vida, como alimentação e locomoção, criando os principais caminhos para deixar o relacionamento violento (48). O medo e a dependência do seu parceiro ou cuidador para tais atividades pessoais podem levá-las a perceberem-se como impotentes para mudar a situação ao relatar a violência (50). A falta de recursos financeiros, a falta de conhecimento de onde e como denunciar uma situação de

violência e o desconhecimento de locais para onde ir caso sejam dependentes do seu agressor e tenham que sair de casa são algumas das preocupações e entraves para sair de um relacionamento violento.

A dependência econômica tem um grande impacto sobre a capacidade da mulher de conseguir sair de uma situação de violência. As taxas de desemprego de mulheres com deficiência são altas. Se forem consideradas as mulheres com deficiência mental, as taxas são ainda mais altas, reforçando a dependência. Apesar de mulheres com deficiência poderem ter outras formas de sustento que não o salário proveniente de emprego formal, não necessariamente essas mulheres têm acesso a essa renda, que é muitas vezes administrada por terceiros. Sabendo-se que a independência econômica é um fator-chave para a capacidade de deixar um relacionamento abusivo, parceiros ou pessoas próximas, responsáveis legais, familiares podem acabar tomando para si a renda dessas mulheres, perpetuando essa relação de subordinação.

Não são incomuns casos de parceiros íntimos e responsáveis legais que possuem autonomia sobre a conta bancária das mulheres com deficiência, seguros sociais, benefícios assistenciais ou outros rendimentos disponíveis para elas (46). Apesar de nem sempre ser encarado como uma forma de violência, a exploração financeira também é comum no contexto violento de mulheres com deficiência. Muitas vezes, mulheres com deficiência, por desconhecimento ou pela própria relação de dependência física, psicológica ou financeira, com os seus cuidadores ou não, reconhecem suas relações como abusivas ou violentas (49).

3.2.1 Agressores Cuidadores

O fato de algumas mulheres com deficiência possuírem um parceiro íntimo não diminui o risco de violência sexual. É mais comum mulheres com deficiência

físicas terem um parceiro íntimo do que mulheres com deficiência mental. Porém as mulheres com deficiência mental possuem cuidadores que as acompanham diariamente, além de intenso contato com médicos e técnicos de saúde. Em relações íntimas ou de intenso convívio, a presença de uma deficiência pode elevar significativamente o risco de violência (48). Quando não há autonomia de quem está sendo cuidada, a relação de cuidado ou de responsabilidade pelo outro pode se transformar em relações de desigualdade ou de autoridade. As necessidades podem acabar sendo decididas por quem cuida, podendo gerar relações de opressão, projetando necessidades dos cuidadores na pessoa cuidada (51).

Uma pesquisa realizada por telefone nos Estados Unidos, com 23.154 mulheres, sendo que 6.309 delas com alguma deficiência, mostrou que as mulheres com deficiência tinham duas vezes mais chances de terem experimentado sexo forçado com um parceiro íntimo atual ou anterior (50). A ideia de mulheres com deficiência possuírem um parceiro íntimo ou cuidadores próximos pode ser de extrema ajuda com as atividades diárias, mas pode também se tornar uma relação de poder desigual e abusiva podendo ser prejudicial à saúde física e mental dessas mulheres.

Ainda sobre o estudo de Barrett, Day, Roche e Carlson, foram realizadas comparações de percepções em relação à saúde de mulheres com deficiência que passaram por uma experiência de violência sexual realizada por um parceiro íntimo e mulheres com deficiência que não passaram por essa experiência de violência (50). As mulheres com deficiência que foram violentadas pelos seus parceiros íntimos eram 58% mais propensas a relatarem uma atenção à saúde insatisfatória e 35% menos propensas a relatarem a sua saúde como boa a excelente. As mulheres com deficiência que experimentaram violência por parceiros íntimos eram menos propensas a relatarem acesso a um seguro de saúde, a serviços de urgência ou a um médico pessoal e mais propensas a relatarem cuidados de saúde insatisfatórios por causa dos altos custos de remédios, clínicas, hospitais, internações e exames (50).

3.3 A SAÚDE DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA

Uma pesquisa com 5.326 mulheres acima de 18 anos com e sem deficiência também identificou, com análises bivariadas, que as mulheres com deficiência eram significativamente mais propensas a terem experimentado agressão sexual no ano anterior à pesquisa do que as mulheres sem deficiência (1,5% vs. 0,6%, respectivamente). A pesquisa chegou ao resultado de que mulheres com algum tipo de deficiência tiveram mais de quatro vezes mais chances de serem abusadas sexualmente no ano anterior à pesquisa em comparação com às mulheres sem deficiência. Os agressores, em 48% dos casos de violência sexual e 44% dos casos de violência física, eram parceiros atuais e/ou parceiros anteriores da vítima. Parte das mulheres com deficiência que residiam em casas próprias e que eram agredidas por pessoas em quem confiavam para ajudá-las com atividades rotineiras optaram por não denunciar a violência às autoridades por causa do medo de não ter ninguém para auxiliá-las com cuidados essenciais e medo de serem movidas para um ambiente mais restritivo (41).

Usando uma amostra representativa de 7.027 mulheres canadenses que vivem em união estável, um estudo de investigação examinou o risco de violência conjugal em mulheres com deficiência em relação às mulheres sem deficiência (47). As mulheres com deficiência tinham 40% mais chances de terem sofrido violência nos cinco anos anteriores à entrevista, e essas mulheres corriam particularmente risco de violência grave. Mulheres com deficiência eram também mais propensas a serem vítimas de violência relacionada ao uso de álcool ou de drogas. O mesmo estudo descobriu ainda que parceiros de mulheres com deficiência foram cerca de 2,5 vezes mais propensos a se comportarem de maneira patriarcal dominante e cerca de 1,5 vez mais propensos a se envolverem em comportamentos sexualmente possessivos, relacionados à propriedade da mulher, do que eram parceiros de mulheres sem deficiência (47).

O aumento de recursos para a educação da mulher com deficiência pode ter forte relação no que se refere à violência conjugal. Ainda sobre o estudo de Brownridge (47), mulheres com deficiência também foram três vezes mais propensas a relatar violência sexual por serem ameaçadas, pressionadas, ou machucadas de alguma forma. Os principais motivos relacionados à maior incidência de violência sexual foram apontados como o fator da dependência, a diferença de poder entre as mulheres e seus parceiros – além da maior probabilidade de terem um baixo nível educacional –, um alto nível de desemprego e serem de baixa renda. É possível ainda que mulheres com maior escolaridade fossem mais conscientes de comportamentos abusivos e mais capazes de reconhecer e rotular suas próprias experiências como abusivas. Quanto mais educação mulheres com deficiência receberem, mais poderão ter poder no que tange ao relacionamento (47).

3.3.1 Sexualidade de Mulheres com Deficiência Mental e Consequências da Violência Sexual

Estudos vão no sentido contrário ao senso comum em relação à sexualidade de pessoas com alguma deficiência. A sexualidade pode e deve ser explorada e exercida caso exista efetivamente um desejo mútuo. Adolescentes com deficiências não diferem em opiniões relacionadas à amizade e popularidade, a atrações e comportamentos sexuais (52). Não diferem também em relação a ideias e atitudes sobre educação sexual na escola e controle de natalidade e em relação ao sexo antes do casamento e gravidez (52). Não são todas as relações sexuais envolvendo mulheres com deficiência que devem ser consideradas violências sexuais. As mulheres com deficiência, a depender da deficiência e do seu grau de compreensão, são capazes de consentir as relações sexuais e serem mulheres sexualmente ativas. No entanto, é necessário reconhecer que a violência faz parte da vida

cotidiana de grande parte das mulheres com deficiência e que essa violência traz consequências severas à saúde física e mental dessas mulheres.

Possíveis consequências de mulheres com deficiência que sofreram violência física ou sexual se assemelham às consequências registradas por mulheres não deficientes. As consequências podem estar relacionadas à depressão, ao ato de viver de forma mais independente e isolada, baixa autoestima e agravamento ou surgimento de problemas mentais relacionadas aos traumas após episódios de violência (27). Esforços para reduzir o domínio patriarcal e comportamentos sexualmente possessivos do sexo masculino na população em geral também irão ajudar a reduzir a violência contra mulheres com deficiência (47). A violência contra mulheres com deficiência é um problema social que deve ser encarado com atenção adequada e reconhecimento da dor e vulnerabilidade dessas mulheres (47).

A vulnerabilidade das mulheres com deficiência é frequentemente discutida como um fator de risco para a violência dessas mesmas mulheres. No entanto, o uso do termo “vulnerável” pode ser assimilado por autores de forma errônea, na ideia de que as mulheres com deficiência são abusadas a uma taxa maior simplesmente pelo fato delas serem deficientes (46). Apesar da vulnerabilidade ser apontada como um fator de risco por diversos autores, é necessário refletir sobre a dupla violência que se impõe a essas mulheres quando se defende de forma controversa que o dolo da violência sofrida pode ser também de responsabilidade dessas mulheres pelos corpos que habitam. Não se pode confundir a noção comumente usada de fragilidade e vulnerabilidade imposta pelo corpo biológico dessas mulheres com a negligência social, a violência da propagação e da ideologia patriarcal, imposições de padrões estéticos e capacitistas, estigmatizações cotidianas e a inacessibilidade da sociedade.

4. METODOLOGIA

Essa é uma pesquisa de abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de análise documental de prontuários de mulheres com deficiência mental que realizaram o procedimento de aborto legal no Hospital Pérola Byington, localizado em São Paulo, SP. A escolha do hospital se deu por este ser um centro de referência da saúde da mulher cuja finalidade é prestar assistência médico-hospitalar na área ginecológica e pelo fato de possuírem casos registrados de aborto legal que foram realizados em mulheres com deficiência mental. O hospital possui ainda um Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual – AVS, considerado um centro de aborto legal de referência nacional, que realiza atendimento de excelência seguindo a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e a norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

Nesse modelo de análise qualitativa, a partir da teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*), desenvolve-se uma visão pormenorizada dos dados, em que se buscam nuances, peculiaridades e comparações sistemáticas. O objetivo dessa abordagem é produzir teoria a partir do que os dados trazem para a pesquisa acadêmica, superando a descrição da realidade e dirigindo-se à construção de uma teia de relações, de visões de mundo e de formas de análise da realidade concreta pelos sujeitos da pesquisa. A escolha da metodologia da teoria fundamentada nos dados deveu-se à possibilidade de entendimento de uma situação ou grupo a partir de documentos. Indaga-se o que os dados têm de relevante a expor, a partir de uma comparação sistemática entre eles mesmos.

A justificativa para o uso dessa metodologia é de que os dados podem trazer combinações específicas e gerar, por si só, temáticas a serem analisadas em seu próprio conjunto, em vez de se testar teorias específicas (30). A análise qualitativa foi realizada por meio de comparações sistemáticas de categorias analíticas

desenvolvidas e já apresentadas nas seções anteriores a partir dos dados. Com essas comparações, busca-se analisar propriedades e dimensões dos dados para além de seu caráter descritivo. Objetivou-se construir relações entre códigos, comparações entre questões opostas e conceituações analíticas possivelmente ocultadas em uma visão dos dados superficial, baseada em literatura prévia (31).

Para que fosse possível gerar a possibilidade indutiva dos dados, foram realizadas, por um lado, perguntas constantes aos dados, capazes de trazer reflexões imprevistas sobre os dados e, por outro, utilizadas técnicas de comparações constantes (31). Essas técnicas foram utilizadas no intuito de iniciar uma atividade mais analítica dos dados, buscando, a partir dos documentos, esboçar teorias. Formas de codificação (aberta, passando à axial e chegando à seletiva) foram desenvolvidas para que fossem levantadas categorias fundamentais nos dados, que representassem, de maneira ampla, a realidade das mulheres com deficiência mental que realizaram um aborto legal. Essa categoria principal, com potencial explicativo dos dados e a partir desses mesmos dados, também serviu de base para o levantamento das referências bibliográficas e marco teórico adotado no trabalho.

Diante disso, foi feita uma análise documental de treze prontuários médicos elaborados pelo hospital, que continham pareceres médicos, psicológicos e sociais, além de fichas elaboradas pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem e termos legais necessários para a realização do aborto legal. Os treze casos estudados correspondem ao total de abortos realizados em mulheres com deficiência mental no período de um ano, de 2012 a 2013, no Hospital Pérola Byington. Tais casos referem-se a estupro de vulnerável, em um dos maiores serviços de aborto legal do país. Foram também analisados os Boletins de Ocorrência, apesar de não serem cobrados por esse hospital e de não serem necessários para a realização o aborto, de acordo com a norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) do Ministério da Saúde. Essa ainda é uma prática comum em casos de aborto legal de gravidez proveniente de violência sexual, seja pela falta de informação, por vontade da própria mulher violentada, por recomendação ou até mesmo por imposição de determinados centros de aborto legal (32).

Para a seleção dos prontuários, foi feita uma busca no sistema interno do hospital e foram separados os prontuários que estavam com a marcação de “estupro de vulnerável”. Em seguida, foram analisados individualmente e separados apenas os que estavam relacionados com deficiência mental e estavam completos. Foram excluídos casos de violência sexual contra mulheres com deficiência mental em que não resultaram em gestação e foram também excluídos casos em que o aborto legal não foi realizado, seja pela gestação ter ultrapassado as 22 semanas limites para a realização do aborto legal ou por decisão das mulheres e seus familiares, responsáveis legais.

Para análise dos prontuários, foram feitas diversas leituras, com diferentes graus de aprofundamento. As primeiras leituras foram amplas, para construção de um cenário abrangente dos casos. Posteriormente, leituras mais minuciosas, para que detalhes e elementos analíticos fossem levantados. Por fim, algumas categorias foram selecionadas. Com base nas categorias, foram elaborados memorandos de cada prontuário. Alguns prontuários foram excluídos na fase da análise por estarem incompletos ou por faltarem informações relevantes para análise. Foi elaborado um instrumento estruturado em quatro blocos de informações sobre as mulheres com deficiência mental, sobre a violência sofrida e sobre o procedimento do aborto legal, bem como a documentação necessária apresentada para a realização da interrupção da gestação.

As análises dos prontuários foram separadas em quatro blocos agrupados por conteúdo. O primeiro bloco diz respeito aos dados gerais e sócio demográficos das mulheres com deficiência mental e de suas famílias ou pessoas próximas. O segundo bloco diz respeito às informações disponíveis acerca da violência sexual sofrida, como o local da violência, a relação com o agressor e o tipo de violência. O terceiro bloco faz uma listagem dos documentos e termos necessários para a realização do aborto legal no hospital, como termos de responsabilidade, autorizações e pareceres. E o quarto e último bloco traz informações clínicas sobre o aborto legal realizado, como idade gestacional, o tipo de procedimento realizado e tempo de internação.

2.1 ÉTICA EM PESQUISA

A escolha em realizar um estudo sobre uma população vulnerável como as mulheres com deficiência mental que sofreram violência sexual e passaram por um processo de abortamento não se deu baseada na acessibilidade ou conveniência administrativa. Ainda que a pesquisa tenha sido realizada sobre essa população, não existiu contato direto com essas mulheres, como a realização de entrevistas. A pesquisa realizada foi estritamente documental. O estudo sobre mulheres vulneráveis tem como vantagem a construção de conhecimentos voltados para a realidade dessas mulheres. Ademais, a pesquisa abordou preocupações sociais, individuais e relacionadas à saúde das mulheres deficientes mentais, colaborando com a produção de saberes na área (33).

Do ponto de vista ético, essa pesquisa abordou um tema que requereu cuidados extras com o sigilo e segurança das informações coletadas a partir dos documentos. Os documentos foram digitalizados com scanners portáteis por duas pesquisadoras e transferidos imediatamente para um computador. As imagens obtidas foram salvas em uma pasta encriptada com senha entre 15 a 20 dígitos que apenas pesquisadoras autorizadas tiveram acesso. A análise dos documentos foi feita de forma individual em local privado e seguro, a fim de possibilitar proteção e evitar qualquer interrupção e divulgação indevida dos dados. O sigilo foi mantido após o término da análise dos documentos, preservando a identidade e outras informações que poderiam identificar os indivíduos envolvidos, como profissionais da saúde, mulheres violentadas e seus responsáveis legais. Para a proteção desses indivíduos, os dados após serem computados e analisados todas as imagens foram destruídas não sendo possível recuperar rastros no computador (34)

2.2 POSSÍVEIS RISCOS E SOLUÇÕES

A pesquisa foi realizada tendo como fonte de dados os prontuários e não houve contato direto com as mulheres com deficiência mental. Ainda assim, foi preciso refletir sobre os possíveis riscos que uma pesquisa documental como essa poderia causar. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília – UnB¹.

A confidencialidade dos dados foi mantida ao longo de toda a pesquisa, inclusive após análise e publicação. Caso cuidados éticos não fossem tomados e os dados pessoais dessas mulheres fossem divulgados, não apenas as mulheres como suas famílias poderiam sofrer riscos psicológicos, como constrangimentos. Poderiam também sofrer algum tipo de risco social, como discriminação ou estigmatizações sociais por terem realizado um aborto legal ou por terem sofrido violência sexual intrafamiliar, por exemplo (33–35). Em trechos retirados dos prontuários, os nomes tanto das mulheres com deficiência mental quanto dos envolvidos foram trocados por nomes fictícios.

¹ Disponível no Anexo A o Parecer Consubstanciado do CEP.

5. ANÁLISE DE DADOS

5.1 BLOCO I: DADOS GERAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DAS MULHERES E FAMÍLIAS

Os impedimentos e as formas como as mulheres foram descritas foram apresentados de modos diversos. Os registros nos B.O., as expressões utilizadas pelas análises psicossociais e clínicas divergiam. As mulheres eram descritas como deficientes mentais, deficientes intelectuais, especiais, vulneráveis, desorientadas e retardadas mentais. Ou como mulheres que possuíam algum tipo de comprometimento ou atraso mental, déficit cognitivo, déficit de desenvolvimento, déficit, distúrbio ou problema mental, comorbidade psiquiátrica, problemas de aprendizagem, distúrbio de conduta e ora descritas como portadoras de necessidades especiais e portadoras de retardo mental não especificado. Em alguns casos, foi possível identificar algum impedimento mental específico, como um caso com síndrome de down, um caso de microcefalia e alguns casos com paralisia cerebral devido a anoxia periparto (“ausência” de oxigênio ao nascer). O tipo de impedimento e a capacidade ou nível de compreensão não pareceram ser relevantes nos relatos encontrados.

As treze mulheres com deficiência mental que fizeram um abortamento em 2012 e 2013 no Hospital Pérola Byington –SP podem ser descritas como mulheres com baixa escolaridade, sendo dez, das treze, analfabetas. No caso de mulheres com deficiência mental, a baixa escolaridade é comum diante de limitações cognitivas e dificuldade de aprendizado. No entanto, quase metade dos prontuários faziam menção à participação dessas mulheres em alguma instituição de ensino (53).

Apesar de discordâncias, autores defendem que as mulheres com deficiência mental têm poucas oportunidades e estímulos de entrarem em contato com assuntos relacionados à sexualidade, seja pela ideia de que mulheres com deficiência não devem fazer parte desse universo, seja pela rejeição e estigmatização da sociedade ou até pela superproteção de familiares (53). As mulheres com deficiência mental, pela falta de conhecimento, podem, em casos de violência sexual, não entender o que estão vivendo, não reconhecer aquela violência como um ato proibido ou condenável e o seu significado social (54). É possível também que não entendam as possíveis consequências da violência sexual, como em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), gravidez ou um aborto.

Há um recorte de classe em relação às famílias das mulheres com deficiência mental que realizaram o aborto. As famílias podem ser consideradas pobres. Em quatro casos, a renda familiar era de até um salário mínimo e, em cinco casos, a renda familiar era de até dois salários mínimos. As mulheres com deficiência mental descritas nos prontuários eram mulheres pardas, em sete casos, e brancas, em seis casos.

As mulheres que realizaram um aborto legal eram jovens, quatro com até dezessete anos, cinco entre vinte e vinte e cinco e três entre vinte e seis e trinta e três anos. Essas faziam parte de famílias religiosas, seis se declararam evangélicas e quatro católicas, evidenciando a ideia de que os impedimentos morais muitas vezes incentivados por religiões nesses casos para a realização do aborto legal não se mostraram como um obstáculo relevante.

5.1.1 O Cuidado e as Mulheres Cuidadoras

As responsáveis legais dessas mulheres que assinaram e se responsabilizaram pela realização do aborto foram as mães em onze dos treze casos estudados. As duas únicas exceções se deram pelo falecimento da mãe, em que este lugar foi ocupado pela avó e por uma tia materna. O fato do grupo de

cuidadoras ser composto apenas por mulheres evidencia a relação do âmbito privado e feminino do cuidado.

O cuidado é uma condição para a vida e dignidade humana das pessoas que precisam de outras para realizarem as atividades do cotidiano. O principal espaço para a expressão do cuidado é a casa, o espaço doméstico, e o gênero funciona como uma questão central dentro dessa expressão. O cuidado é tido como responsabilidade das mulheres, um valor e ofício estritamente feminino. A família é a instituição que provém o cuidado das mulheres com deficiência mental, afastando a noção de cuidado de uma questão social ou de justiça (51).

Quando a dependência não é reconhecida, a pessoa que cuida também pode ser explorada e invisibilizada. O cuidado é comumente entendido como algo natural das mulheres, mas, para as cuidadoras, não há políticas públicas ou amparo do Estado. O universo invisibilizado de vulnerabilidade e desproteção é evidenciado também pelas cuidadoras por ocupar uma posição inferior em uma hierarquia de gênero (51).

5.2 BLOCO II: VIOLÊNCIA SEXUAL SOFRIDA (LOCAL, A RELAÇÃO COM O AGRESSOR E TIPO DE VIOLÊNCIA.)

Segundo os registros dos profissionais de saúde, as mulheres com deficiência mental que realizaram um aborto legal sofreram violência sexual e psicológica em todos os casos. Algumas ainda sofreram violência verbal, sendo xingadas e humilhadas e algumas sofreram ainda violência física e tortura. A violência verbal em forma de ameaça e intimidação aparece constantemente nos relatos das mulheres que sofreram violência junto ao medo de serem desacreditadas. O medo de serem punidas ou responsabilizadas também apareceu como um impedimento. A

ameaça foi uma constante nos relatos das mulheres e das suas responsáveis legais, sendo esse um dos motivos para a demora da descoberta da gravidez: o medo de sofrerem ainda mais com os agressores. Nos prontuários analisados, há um relato que evidencia essa realidade:

Luíza é filha de pais separados, morou um tempo com a sua mãe, outro com o seu pai e estava morando na casa da irmã e do seu cunhado há quarto anos quando sentiu fortes dores na região da barriga e, ao ser levada ao hospital, foi descoberta a gravidez. Quando sua irmã saía para trabalhar, Luíza fica sob os cuidados do seu cunhado, que a estuprava por via vaginal, anal e a obrigava a fazer sexo oral. Luíza é descrita no B.O como “pessoa portadora de atraso mental”, branca e com apenas quatorze anos.

“Carlos falava que ia receber espírito e que ia ensinar coisas de gente grande, mas ele só viria quando tivesse briga e ele me jogou na cama, me tirou a roupa fiquei só de sutiã, Carlos abaixou a calça, mandou eu ficar de quatro, ele ficou de pé e começou a colocar um negócio comprido que tinha no corpo dele, eu não sei como chama, ele colocou atrás de mim e na frente, ele me falou que se eu falasse para alguém que ia ser a palavra dele contra a minha”

Trecho retirado do relato de Luíza no B.O sobre uma das vezes em que foi estuprada.

Luíza inicialmente se recusou a falar sobre a violência, mas, após insistência dos policiais, narrou esse episódio e afirmou que há algum tempo, quando a sua irmã se ausentava, Carlos a estuprava e a xingava de “galinha e prostituta”. Carlos, quando confrontado pela mãe de Luíza, assumiu que mantinha relações sexuais com a menina sem preservativo. Luíza foi descrita pela equipe de saúde do hospital de várias formas, pela assistente social como “portadora de necessidades especiais com paralisia cerebral com sequelas mentais e físicas”, pela médica ginecologista como “portadora de déficit de desenvolvimento desde o nascimento devido a anoxia

periparto” e pela psicóloga como “portadora de déficit cognitivo devido à falta de oxigenação nascer”. Luíza encontrava-se com vinte semanas de idade gestacional (I.G.), considerada IG avançada quando ela e sua mãe, responsável legal, decidiram realizar o aborto legal. A interrupção da gestação foi realizada com 200mg de misoprostol aplicados duas vezes ao dia. O DNA do feto foi recolhido com função de prova para uma possível perícia contra Carlos. Luíza recebeu alta após três dias de internação e não teve nenhuma complicação.

Nessa pesquisa, doze das treze mulheres experimentaram o estupro na sua primeira relação sexual. Todas as mulheres eram solteiras e sem filhos, o que não difere do perfil das mulheres com deficiência mental encontrado na literatura e que pode ser devido às condições físicas, financeiras e sociais em que se encontravam. Mulheres com deficiência mental apresentam maior incidência de força física na primeira experiência sexual em relação a outras mulheres sem deficiência (43).

5.2.1 Agressores

Os homens que violentam sexualmente mulheres sem deficiência mental podem ser classificados em conhecidos e desconhecidos. Os conhecidos estão, na maior parte das vezes, ligados ao âmbito doméstico e familiar, como os pais, padrastos, maridos, companheiros, namorados, irmãos, tios, avôs e primos. Estes podem ser também colegas de escola ou fazer parte da comunidade ou do meio social das mulheres violentadas, como membros da equipe de saúde, vizinhos e amigos. Há também violentadores desconhecidos, como é o caso de homens que violentam mulheres em vias públicas, parques, terrenos baldios, sem ter nenhum tipo relação com vítimas. Nessa pesquisa, que estudou casos específicos de mulheres com deficiência mental, outra classificação dos violentadores se mostrou possível: os não identificados.

A não identificação dos agressores² se dá pela comunicação precária ou inexistente entre as mulheres com deficiência mental violentadas e a sociedade. A impossibilidade de se comunicar com suas representantes legais, com equipes de saúde ou com instituições jurídicas ou policiais por conta da própria doença mental e das dificuldades inerentes a ela aumentam os riscos dessas mulheres de sofrerem uma violência sexual. As mulheres com deficiência mental que por ventura não conseguem se expressar e relatar como, onde e quem as violentou, permanecem com sua história de violência desconhecida, assim como seus agressores. A não identificação dos agressores tem como consequência principal a não garantia ou até mesmo a impossibilidade de prevenir que essa mulher não seja violentada sexualmente outras vezes pelos mesmos agressores, que podem estar presentes nas atividades cotidianas dessas mulheres, como na escola, em casa ou no bairro, deixando-as suscetíveis a sofrer novamente uma violência sexual.

Os registros nos prontuários mostraram que apenas dois dos agressores eram pessoas desconhecidas à vítima, nove eram pessoas conhecidas, que participavam da rotina de vida das mulheres e dois não foram identificados. Não há nenhuma suspeita em relação aos não identificados. As mães não relatam possíveis agressores e as mulheres não conseguem se comunicar. Os conhecidos variaram de tio, cunhado, irmãos, vizinhos e amigos da vítima ou da família. Em cinco casos, a violência ocorreu na residência da própria vítima, em três casos ocorreu na residência do agressor, um na escola e, em dois, não se sabe o local. Em seis casos, há suspeita de que a violência sexual ocorreu de forma pontual, ou seja, uma única vez. Em outros quatro casos a violência ocorria de forma contínua e, nos outros três casos, não se sabe a frequência da violência.

² Aqui foi escolhida a nomenclatura *agressores* por assim serem classificados pelo sistema penal e nos relatórios sociais encontrados nos prontuários.

5.3 BLOCO III: DADOS SOBRE O ABORTO (IDADE GESTACIONAL, QUAL O PROCEDIMENTO REALIZADO E TEMPO DE INTERNAÇÃO)

As responsáveis legais e cuidadoras descobriram a gravidez das mulheres com deficiência mental ao levá-las ao hospital por outros motivos de saúde como catapora, infecção urinária, crises e queixas de dores estomacais. Ao chegarem ao hospital em busca de um tratamento de saúde qualquer, descobriam que a filha sofria violência sexual e que estava grávida. Em quatro casos, a suspeita de gravidez se deu pelo atraso menstrual e pelas mudanças no corpo da mulher, como aumento de peso e inchaço nas mamas. As mulheres em que a suspeita da gravidez se deu pelo atraso menstrual e pelas mudanças corporais chegaram ao hospital com uma idade gestacional ainda mais avançada do que as outras. Em três casos, as mulheres conseguiram se comunicar e relataram a violência sexual sofrida que, após investigada, se confirmou a gravidez. Um caso se diferenciou dos demais: uma menina teve a gravidez descoberta após tentar suicídio.

Bárbara era uma menina branca, de quatorze anos que, após ter sido estuprada inúmeras vezes por um amigo que trabalhava em uma construção quando no caminho da escola especial que estudava, tentou acabar com a própria vida tomando uma grande quantidade de medicamentos. Bárbara, apesar de parecer gostar do seu amigo, sofria ameaças e, como tinha uma relação difícil com a mãe e comunicação precária, não contou nada a ninguém. A mãe de Bárbara era solteira, trabalhadora com renda menor do que um salário mínimo e com outros dois filhos dependentes. Eunice, mãe de Bárbara, era a voz nos prontuários. Ela narrou a história de Bárbara e decidiu pelo aborto. Bárbara se manteve calada durante as entrevistas e os relatos em relação a ela eram: “paciente não se comunica”, “paciente não responde nada do que lhe é perguntado” ou “não foi possível comunicação verbal devido a sua comorbidade psiquiátrica”.

Não se sabe ao certo qual era a deficiência mental de Bárbara. Ela era descrita como “deficiente mental”, como portadora de “déficit de aprendizado” ou

simplesmente como “incapaz”. Eunice a descreveu como “totalmente dependente”, alegando que não tomava banho sozinha e que urinava na cama. Após entrevistas e testes psicológicos, acabou sendo considerada incapaz de decidir sobre o aborto legal devido ao grau da sua deficiência mental. Eunice, responsável legal, autorizou o aborto e assinou todos os termos por Bárbara. O aborto foi realizado através da AMIU com seis semanas de gestação. Bárbara ficou internada por três dias para realizar o procedimento e voltou a sua rotina.

O misoprostol foi utilizado para a realização do aborto legal em nove casos. O misoprostol é uma substância reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pela sua eficácia, desde que aplicado corretamente, e segurança, desde que utilizado em dosagem adequada para realização do aborto de até doze semanas de gestação (55). Desde 1998, é proibido a comercialização de medicamentos que contenham o princípio ativo do misoprostol, mantendo o seu acesso exclusivo aos hospitais credenciados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que utilizam o medicamento para indução de gestações e realização de aborto legal pela sua capacidade de estimular contrações uterinas (56). O misoprostol é também conhecido pela sua capacidade de reduzir o número de complicações e infecções se comparado com outros métodos mais invasivos (57). Por ter a sua comercialização proibida e por fazer parte do mercado ilegal de medicamentos (55), a regulação do acesso e uso dessa substância é rígida, mesmo em hospitais cadastrados. Nos oito prontuários em que o misoprostol foi utilizado para a realização do aborto legal, encontram-se coladas junto à prescrição do medicamento as embalagens das cápsulas utilizadas.

Em quatro procedimentos de aborto legal em mulheres com deficiência mental, foi utilizada a técnica da aspiração manual intrauterina (AMIU). A AMIU, também indicada em casos com até doze semanas de gestação, é uma cirurgia considerada tão ou mais segura e eficaz quanto o procedimento da curetagem uterina comum em hospitais públicos brasileiros, com a vantagem da anestesia ser local e requerer menos tempo de internação (58). Com um menor período de internação, há uma vantagem econômica para os hospitais e uma vantagem em relação à satisfação das mulheres que, por passarem menos tempo dentro do hospital, correm menos riscos de contrair infecções hospitalares, por exemplo (58).

O período de internação das mulheres com deficiência mental que utilizaram AMIU variou de um a cinco dias e não houve complicações pós cirúrgicas, infecções hospitalares ou sequelas relacionadas ao procedimento em nenhum dos casos.

Com demora para a descoberta da gravidez, as mulheres com deficiência mental chegam ao hospital com uma idade gestacional avançada, gerando maiores riscos à saúde. A idade gestacional próxima ao limite previsto em lei é uma das principais características do aborto em mulheres deficientes mentais encontradas nessa pesquisa. Seis mulheres estavam entre dezenove e vinte e duas semanas de gestação, data limite para a realização do aborto legal no Brasil. Três mulheres estava por volta de quinze semanas e quatro com até doze semanas. Um dos casos de mulheres com idade gestacional próxima de vinte e duas semanas foi o caso de Amanda, em que a gravidez foi descoberta por conta dos enjoos e vômitos:

Amanda tinha dezenove anos, nunca saía de casa, era cadeirante e tinha paralisia cerebral. Uma hora era definida como branca outra como parda, era estudante e os registros afirmavam que ela havia concluído o 1º grau, mas não sabia assinar o próprio nome. A mãe a acompanha e assina todos os documentos. Foi feito um B.O. denunciando a violência, mas Amanda não estava no momento. Quem prestou a queixa foram seus pais. Amanda tinha pressa e, após passar pelo IML, estava internada no hospital. O seu caso precisava de agilidade da equipe. As entrevistas, os exames e os relatórios foram feitos com rapidez, pois Amanda chegou ao hospital com vinte e duas semanas de gestação, data limite para a realização de uma aborto legal no Brasil. No seu cadastro, dizia-se que ela morava em uma invasão e que havia sido estuprada na sua residência pelos seus dois irmãos. Amanda vivia apenas com a mãe e seus dois irmãos, um de treze e outro de dezessete anos, que cuidavam dela quando a sua mãe estava trabalhando.

Amanda era descrita como tímida e calada, sendo que uma das enfermeiras fez a observação de que “ela entende a pergunta, mas não sabe responder”. Amanda foi submetida à realização da interrupção da gravidez com o misoprostol. Apesar de estar bem, não teve autorização para sair do hospital pois não tinha para onde ir. O conselho tutelar foi acionado pela assistente social do Hospital Pérola Byington com intuito de saber se Amanda iria voltar para a casa dos irmãos.

Amanda teve alta quando ficou decidido que iria morar com o pai e os dois irmãos iriam continuar morando com a mãe.

Dentre os agravantes para as mulheres com deficiência mental sofrerem violência sexual, está a capacidade de entender o ocorrido, de resistir ou de denunciar (29,54,59). A assistência integral a essas mulheres, apesar de algumas vezes vital, pode aumentar os riscos de exposição à violência em geral. Em um estudo multiétnico (60) com 511 mulheres, 9,8% das mulheres relataram ter sofrido violência sexual no último ano, sendo as mulheres com alguma deficiência mais propensas a sofrerem violência física (1,6% vs. 0%) ou sexual (2,3% vs. 0,5%) por cuidadores. As mulheres com deficiência também relatam mais casos de violência sexual por profissionais de saúde (4,8% vs. 2,4%). Apesar da necessidade de atenção médica, os serviços de saúde são ambientes que representam riscos elevados de violência sexual contra mulheres com deficiência mental (54).

Além da maior incidência no âmbito da violência sexual e física, as mulheres com deficiência mental são mais propensas a relatar uma atenção à saúde não satisfatória (50). Nesse estudo, nenhuma das treze mulheres fizeram profilaxia de emergência após os estupros e apresentaram, além da gravidez, sífilis, hepatite B e outras doenças sexualmente transmissíveis. Isso levanta a necessidade de uma atenção especial a esse grupo de risco, tanto em programas específicos para esse público relacionados à sexualidade, como mais estudos que explorem essa área, para melhor entender a realidade dessas mulheres e propor mudanças relacionadas ao acesso à saúde e qualidade de vida.

5.4 BLOCO IV: DOCUMENTOS E TERMOS

Foram encontrados, nos prontuários das mulheres com deficiência que realizaram o aborto legal, uma série de documentos, fichas e termos com intuito de justificar, autorizar e documentar o procedimento de interrupção da gestação³. As fichas foram resultado de anotações e avaliações por parte da equipe de saúde multiprofissional que atendeu as mulheres vítimas de violência sexual. Esses termos e documentos têm ainda a função de garantir aos profissionais de saúde envolvidos no procedimento de aborto legal uma segurança jurídica para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. Nesse sentido, respeitando a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, a portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005 do Ministério da Saúde resolve que:

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

³ Todos os documentos exigidos legalmente para a realização do aborto encontram-se em anexo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterà advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

5.4.1 Termo de Relato Circunstanciado⁴

Esse é um termo em que a mulher vítima da violência sexual e sua representante legal narram, de forma escrita, a história da violência sexual sofrida e assinam, atestando a veracidade dos fatos. Além das assinaturas das mulheres, há também as assinaturas de dois profissionais de saúde do serviço. No Termo de

⁴ Modelo disponível no Anexo B.

Relato Circunstanciado, é previsto que contenha o local, dia e hora aproximada do fato. Entretanto, quando se trata de violência crônica, realizada de forma contínua por um longo período de tempo, como é o caso da maioria dos casos de mulheres com deficiência mental, essas informações nem sempre podem ser resgatadas. É previsto ainda que o documento contenha o tipo e forma de violência sofrida, a descrição dos agentes da conduta e a identificação de testemunhas.

5.4.2 Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez Resultante de Violência Sexual⁵

Esse é um termo em que a equipe declara que avaliou o caso e que o abortamento foi aprovado e está previsto numa das hipóteses de excludente de ilicitude da lei. Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional assinarão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico. O parecer técnico é dado apenas após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares.

5.4.3. Parecer Técnico⁶

⁵ Modelo disponível no Anexo D.

⁶ Modelo disponível no Anexo C.

Esse é um documento que, no caso do Hospital Pérola Byington, foi assinado por uma ginecologista e obstetra e pelo coordenador do Núcleo de Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência, solicitando a interrupção da gestação e afirmando que, de acordo com o Decreto – lei 2848 de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal brasileiro), inciso II, havia compatibilidade entre a data da violência e a idade gestacional. O Parecer Técnico estava anexado e assinado em todos os prontuários apesar nenhuma mulher ter conseguido informar a data exata em que a violência ocorreu, não sendo possível assegurar tal compatibilidade.

5.4.4 Ficha de Atendimento do Serviço Social, Ficha da Psicologia e Ficha da Ginecologia e Obstetrícia

Nessas fichas, por terem sido elaboradas por profissionais de saúde de áreas diferentes, cada profissional possui um enfoque. Porém, em cada uma delas, há a história de violência da mulher, com dados pessoais e percepções da mulher violentada e de sua representante legal referente à violência sexual, gravidez e aborto. Há registrado também nessas fichas as orientações dadas principalmente pelas assistentes sociais para as mulheres sobre as alternativas legais possíveis quanto ao destino da gestação, como a realização do aborto legal ou dar continuidade à gestação, podendo ficar com a criança ou colocá-la para doação. A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo. A equipe multiprofissional do Hospital Pérola Byington possuía profissionais com essas especialidades.

5.4.5 Ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem

Diferentemente das fichas do serviço social, da psicologia e da ginecologia e obstetrícia, na ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem, não havia quase nada sobre o passado da mulher internada, tampouco havia o relato sobre a violência sofrida, opiniões ou percepções. A ficha tinha um enfoque biomédico. Essa ficha funcionava como um relatório das enfermeiras de plantão sobre a internação da paciente e seu estado de saúde. Também está documentado a que horas e o que a paciente comeu, quais remédios tomou e a quantidade, os procedimentos que foram realizados, as complicações surgidas, previsão de alta, etc.

5.4.6 Termo de responsabilidade⁷

Esse é um documento em que a mulher vítima de agressão sexual e sua representante legal assinam. Neste documento, afirma-se a veracidade dos fatos relatados e declara-se a compreensão quanto à prática e às consequência do crime de falsidade ideológica (artigo 299 do Código Penal brasileiro) e do crime de Aborto (artigos 124,125 e 126 também do Código Penal brasileiro), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

⁷ Modelo disponível no Anexo E

5.4.7 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Interrupção da Gravidez Resultante de Violência Sexual

Esse é um termo assinado pela mulher vítima de violência sexual e pela sua representante legal, alegando que estavam cientes dos procedimentos médicos que seriam realizados, que sabiam da possibilidade de manter a gestação, mas que optaram pelo aborto. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, é relatado os desconfortos e riscos possíveis à saúde da mulher. Também são esclarecidos quais os procedimentos adotados para realização da intervenção médica, bem como a forma de acompanhamento e assistência, os profissionais responsáveis e a garantia do sigilo que assegure a privacidade da mulher quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quando há requisição judicial.

5.4.8 Boletim de Ocorrência Policial (B.O.)

O B.O. é um documento oficial que tem como função servir de instrumento para comunicar e registrar um possível crime às autoridades policiais ou judiciárias. Inicialmente não há necessidade de comprovar a violência relatada para a realização do B.O.. No entanto, a falsa comunicação de crime tem pena prevista no artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Nos Boletins de Ocorrência Policial que estavam anexados aos prontuários, havia as descrições detalhadas das violências narradas na maioria das vezes pelas próprias mulheres com deficiência, além de outros dados, como os nomes das vítimas e suas representantes legais, idades, endereços, escolaridade, informações sobre os agressores, descrições físicas e psicológicas. Nos B.O. encontrados, constam denúncias de violência doméstica e familiar contra a mulher, Lei Maria da Penha - Lei 11.340/06 e Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual (artigos 213 a 234) e Estupro de Vulnerável (art. 217 -A) –

consumado. Previsto no Código Penal Brasileiro, incluído pela Lei nº 12.015, de 2009:

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos.

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no **caput** com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência

5.4.9 Documento de Requisição do Instituto Médico Legal (IML)

É comum as autoridades policiais requisitarem às mulheres vítimas de violência física e/ou sexual o exame de corpo de delito. O Instituto Médico Legal tem como objetivo fornecer bases técnicas em Medicina Legal para o julgamento de causas criminais. O IML está subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica, mas o exame do IML e o B.O. não são dependentes um do outro. É possível realizar apenas um dos dois, pois ambos são realizados de forma voluntária. Apesar de não serem documentos obrigatórios ou pré-requisitos para a realização do aborto legal, o Boletim de Ocorrência Policial e o Documento de

Requisição do Instituto Médico Legal apareceram em onze dos treze casos estudados.

5.4.10 Termo de autorização e responsabilidade

Esse é um termo elaborado pelo hospital em que a mulher vítima de violência sexual assina junto com a sua representante legal, autorizando o corpo clínico do hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico que for julgado necessário ou prudente.

5.4.11 Termos de coleta e de retirada de materiais biológicos

Em alguns casos, é coletado o ácido desoxirribonucleico (DNA) do feto a fim de que, posteriormente, possa servir como prova para a identificação do agressor, em uma possível investigação policial. A retirada dos materiais biológicos é feita apenas com o requerimento da polícia, caso contrário, segundo o Termo de Coleta, o material permanece no Hospital Pérola Byington por tempo indeterminado.

5.4.12. Ficha Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).

Essa ficha é elaborada pelo Hospital Pérola Byington e contém informações sociodemográficas sobre a mulher vítima de violência sexual. Dessa ficha também foram retiradas informações sobre os tipos de impedimentos das mulheres, renda e outras informações familiares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha por pesquisar mulheres com deficiência mental vítimas de violência sexual se deu pelo interesse na invisibilidade desse grupo, na impossibilidade aparente de reconhecibilidade. Esse projeto dissertação teve uma motivação política feminista de descrever e apreender uma realidade pouco conhecida, a fim de conseguir elucidar propostas de melhorias no universo dessas mulheres. As mulheres deficientes mentais não são isoladas de um ambiente social pelo fato de habitarem um corpo com impedimentos intelectuais. Essas mulheres são excluídas e violentadas pelas barreiras sociais impostas por uma sociedade não inclusiva. Esse estudo está relacionado à determinação de uma mudança crítica, uma visão propositiva que visa à transformação de uma realidade para uma outra significação ainda não materializada.

Embora as estatísticas variem, as mulheres com deficiência possuem taxas mais altas de violência e negligência, incidentes de violências relacionadas com a deficiência e agressão sexual (61). A deficiência pode atuar na limitação das defesas emocionais e físicas de uma mulher, havendo uma necessidade de desenvolvimento de instrumentos sensíveis às violências (6). Modalidades de tratamentos sensíveis devem ser desenvolvidos e testados a fim de intervir na realidade, para auxiliar as mulheres com deficiência, fazendo com que elas possam vir a reconhecer a violência, proteger-se de situações de violência e sair de relações potencialmente violentas (48).

No hospital Pérola Byinton, foram realizados 98 abortos legais em 2012 e 122 em 2013. Tendo uma média de 10% relativos ao aborto em mulheres com alguma deficiência mental. O perfil encontrado das mulheres com alguma deficiência mental que fizeram um aborto no período de um ano, de 2012 a 2013, foi de mulheres pobres, analfabetas, jovens e que chegaram ao hospital com idade gestacional próxima ao limite para realização do aborto legal previsto em lei. As mulheres passaram uma média de três dias internadas para a realização do procedimento,

que foi realizado com o misoprostol na maioria dos casos, não havendo registros de complicações ou sequelas. Os principais agressores apareceram como pessoas próximas, como cunhado, amigo ou vizinho e a violência normalmente ocorria na residência do agressor ou das mulheres. Há ainda mulheres que não conseguem identificar os agressores.

É preciso respeitar a autonomia, ainda que limitada, das mulheres com deficiência mental, a fim de aumentar a capacidade de escolha dessas mulheres e estimular a comunicação e a independência. Tanto as responsáveis legais como as equipes de saúde devem tentar proteger a paciente de sofrer danos evitáveis, minimizando traumas e propondo soluções e tratamentos destinados a melhorar a saúde da mulher paciente como um todo. A equipe de saúde deve ainda compreender que, quanto maior for o problema cognitivo das mulheres com deficiência mental, maior será a dificuldade de avaliação e julgamento e mais apoio essas mulheres precisarão para assimilar e tomar decisões em relação a procedimentos como o aborto legal.

Com intuito de respeitar os limites de compreensão e autonomia das mulheres com deficiência mental que foram vítimas de violência sexual, é preciso que seja esclarecido, tanto para as mulheres quanto para as suas responsáveis legais, as opções possíveis em relação à gestação, como de manter a gestação e colocar a criança para a adoção. A opção de manter a gestação não está ligada com o direito de toda mulher de ser mãe, pois as mulheres com deficiência mental que optam pela não realização do aborto legal não necessariamente têm o direito à guarda do seu filho, justificado pelas limitações e instabilidades da doença. Para realização do aborto legal, também é necessário explicitar para a mulher deficiente mental e sua responsável legal quais os procedimentos que serão feitos para a interrupção da gestação e possíveis complicações. O cuidado com a saúde de mulheres com deficiência mental inclui não apenas o suporte clínico, mas também o suporte mental e social, levando em consideração crenças e preferências que, porventura, essas mulheres expressarem.

O cuidado é uma condição para a vida humana que deve ser entendido como uma questão social, cultural e política e não como uma questão individual. O exercício de cuidado das mulheres com deficiência mental deveria ser exercido de

forma coletiva, melhorando o convívio social e a qualidade de vida das mulheres com impedimentos e das mulheres cuidadoras. “É preciso desconstruir a naturalização do cuidado como uma tarefa feminina” e desconstruir a ideia de que a deficiência é uma tragédia pessoal e sim resultado de uma opressão social (51). Enquanto o cuidado não for compreendido no âmbito da justiça e sim como responsabilidade familiar dentro de um espaço de subalternidade em que a mulher é a única responsável pelo cuidado não haverá reconhecimento ou construção de uma sociedade mais justa.

Iniciativas afirmativas relacionadas à saúde e iniciativas relacionadas ao investimento em recursos educacionais direcionados ao considerado público de alto risco de vitimização de violência sexual, como é o caso das mulheres com deficiência mental, podem colaborar tanto para prevenção da violência contra essas mulheres como para melhoria no acompanhamento da saúde das mulheres com deficiência que já sofreram violência sexual. É necessário o aumento de investimentos em iniciativas protetivas e em pesquisas na área de violência sexual e deficiência mental. A escassez de informações e pesquisas sobre a violência das mulheres com deficiência sugere uma relutância contínua da sociedade em reconhecer a existência da violência contra essa população (61). Entende-se também que a realização de tais pesquisas, em uma sociedade machista e capacitista, são um desafio constante (53).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Formenti L. Ministra Eleonora Menicucci critica médico que não faz aborto legal [Internet]. O Estado de São Paulo. 2012 [cited 2013 May 28]. Available from: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,ministra-eleonora-menicucci-critica-medico-que-nao-faz-aborto-legal,849014,0.htm>.
2. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 Oct [cited 2015 Apr 28];45(5):981–5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Madeiro A, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciência Saúde Coletiva , No prelo. 2015;
4. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. J da Rede Pública [Internet]. 2000 [cited 2013 Jun 4];22:18–21. Available from: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:US87Hy22V00J:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1.
5. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. J Inf [Internet]. 2001 [cited 2013 Jun 5];39(6):461–71. Available from: <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/0047-6765%282001%29039%3C0461%3AIBFVAM%3E2.0.CO%3B2>.
6. Nosek MA, Foley CC, Hughes RB, Howland CA. Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. Sex Disabil [Internet]. Springer; 2001 [cited 2015 Apr 1];19(3):177–89. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1013152530758>.
7. Drezett J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. Rev Psicol da UNESP [Internet]. 2003 [cited 2015 Jun 11];2(1):36–50. Available from: http://www.researchgate.net/profile/Jefferson_Drezett/publication/265087194_Violencia_Violencia_sexual_contra_a_mulher_e_impacto_sobre_a_sade_sexual_e_reprodutiva/links/53fe2c000cf23bb019be437c.pdf
8. Vieira EM. A questão do aborto no Brasil. Rev Bras Ginecol Obs [Internet] [Internet]. SciELO Brasil; 2010 [cited 2015 Apr 14];32(3):103–4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a01v32n3.pdf>.
9. Ministerio da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às

- vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais [Internet]. 2ª ed. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 Jun 11]. 48 p. p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf
10. BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de Dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Recuperado de: 10 de junho de 2013.
 11. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva Research on abortion in Brazil: gaps and challenges for the public health field. *Cad saúde pública* [Internet]. SciELO Brasil; 2009 [cited 2015 Apr 14];25(Sup 2):S193–204. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/02.pdf>.
 12. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* [Internet]. SciELO Public Health; 2010 [cited 2015 Apr 14];15(Supl 1):959–66. Available from: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/PNA.pdf>.
 13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf
 14. Diniz D, Corrêa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil [Internet]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 [cited 2015 Jun 16]. p. 939–42. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/25.pdf>
 15. Prado D. O que é aborto. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1991. 126 p.
 16. Eastgate G, Van Driel ML, Lennox NG, Scheermeyer E. Women with intellectual disabilities: A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Aust Fam Physician* [Internet]. Australia; 2011 Apr [cited 2015 May 30];40(4):226–30. Available from: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=896321430552812;res=IELHEA>
 17. Oswald M, Renker P, Hughes RB, Arthur A, Powers LE, Curry MA. Development of an accessible Audio Computer-Assisted Self-Interview (A-CASI) to screen for abuse and provide safety strategies for women with disabilities. *J Interpers Violence* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jun 1];24(5):795–818. Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/24/5/795.short>
 18. Powers LE, Renker P, Robinson-Whelen S, Oswald M, Swank P, Curry MA, et al. Interpersonal violence and women with disabilities analysis of safety promoting behaviors. *Violence Against Women* [Internet]. Sage Publications;

- 2009 [cited 2015 Mar 12];15(9):1040–69. Available from: <http://vaw.sagepub.com/content/15/9/1040.short>.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica [Internet]. Brasília: Ministerio da Saúde; 2012. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
 20. Maia ACB, Camossa D do A. Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. Paidéia [Internet]. SciELO Brasil; 2003 [cited 2013 May 22];12(24):205–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300009&lng=pt&nrm=iso
 21. Ribeiro HC de F. Sexualidade e os portadores de deficiência mental. Rev Bras Educ Espec [Internet]. 2001 [cited 2013 May 28];7(2):11–27. Available from: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v07n02/v07n02a03.pdf>
 22. Castelão TB, Schiavo MR, Jurberg P. Sexualidade da pessoa com síndrome de Down. Rev Saúde Pública [Internet]. SciELO Public Health; 2003 Feb [cited 2013 May 22];37(1):32–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100007&lng=en&nrm=iso.
 23. Maia ACB. Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. Rev Bras Educ Espec [Internet]. 2001 [cited 2013 May 4];7(1):35–46. Available from: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v07n01/v07n01a04.pdf>.
 24. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. Child Abuse Negl [Internet]. Elsevier; 1990 [cited 2015 May 21];14(3):301–12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349090002B>.
 25. Barros RD de, Williams LC de A, Brino R de F. Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. Rev bras educ espec [Internet]. 2008 Apr [cited 2013 Jun 4];14(1):93–110. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso.
 26. Feder G, Howard LM, Oram S, Trevillion K, Oram S, Feder G, et al. Experiences of domestic violence and mental disorders : a systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. Public Library of Science; 2012 [cited 2014 Aug 30];7(12):e51740. Available from: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0051740>.
 27. Curry MA, Renker P, Hughes RB, Robinson-Whelen S, Swank PR, Powers LE, et al. Development of measures of abuse among women with disabilities and the characteristics of their perpetrators. Violence Against Women [Internet].

- Sage Publications; 2009 [cited 2015 Mar 2];15(9):1001–25. Available from: <http://vaw.sagepub.com/content/15/9/1001.short>.
28. Casteel C, Martin SL, Smith JB, Gurka KK, Kupper LL. National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Inj Prev* [Internet]. 2008;14:87–90. Available from: <http://injuryprevention.bmj.com/content/14/2/87.short>
 29. Alriksson-Schmidt AI, Armour BS, Thibadeau JK, Alriksson-Schmidt AI, Armour BS, Thibadeau JK. Are adolescent girls with a physical disability at increased risk for sexual violence? *J Sch Health* [Internet]. Wiley Online Library; 2010 Jul [cited 2015 Mar 30];80(7):361–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591102>.
 30. GIBBS G. Análise de dados qualitativos. *Artmed*. Costa RC, editor. Porto Alegre; 2009.
 31. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Rocha L de O, editor. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.
 32. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. SciELO Brasil; 2004 Jun [cited 2013 May 19];20(3):679–88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300004&lng=en&nrm=iso.
 33. Rogers W, Ballantyne A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, editors. *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: Letra Livres: Editora UnB; 2008. p. 123–52.
 34. Diniz D, Guilhem D. Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, editors. *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: Letra Livres: Editora UnB; 2008. p. 289–322.
 35. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva; 2002 [cited 2015 May 26];64. Available from: http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf
 36. Diniz D, Barbosa L, Santos WR dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur Rev Int Direitos Humanos* [Internet]. 2009 [cited 2015 May 2];6(11):64–77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/04.pdf>.
 37. Diniz D, Barbosa L, Santos WR dos. Disability, human rights and justice. *Sur Rev Int Direitos Humanos* [Internet]. Sur - Rede Universitária de Direitos Humanos; 2009 [cited 2015 May 2];6(11):64–77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

38. Butler J. Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós; 2006. 192 p.
39. Butler J. Marcos de guerra. Las vidas lloradas. Buenos Aires: Paidós; 2010. 254 p.
40. Hassouneh-Phillips DS, McNeff E. Understanding care-related abuse and neglect in the lives of women with SCI. *SCI Nurs a Publ Am Assoc Spinal Cord Inj Nurses* [Internet]. 2003 [cited 2015 Apr 1];21(2):75–81. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/15553077>.
41. 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* [Internet]. Sage Publications; 2006 [cited 2015 Mar 26];12(9):823–37. Available from: <http://vaw.sagepub.com/content/12/9/823.short>
42. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities : A population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl* [Internet]. Elsevier; 2000 [cited 2015 Feb 2];24(10):1257–73. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1528646>.
43. Brunnberg E, Lindén M, Berglund M, Boström ML, Berglund M. Sexual force at sexual debut. Swedish adolescents with disabilities at higher risk than adolescents without disabilities. *Child Abuse Negl* [Internet]. Elsevier; 2012 May [cited 2014 Aug 30];36(4):285–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571912>
44. Gilson SF, Depoy E, Cramer EP. Linking the assessment of self-reported functional capacity with abuse experiences of women with disabilities. *Violence Against Women* [Internet]. Sage Publications; 2001 [cited 2015 Apr 16];7(4):418–31. Available from: <http://vaw.sagepub.com/content/7/4/418.short>.
45. Copel LC. Partner abuse in physically disabled women: a proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. Wiley Online Library; 2006 [cited 2015 Apr 24];42(2):114–29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16677135>.
46. Ballan MS, Freyer MB. Self-defense among women with disabilities: an enexplored domain in domestic violence cases. *Violence Against Women* [Internet]. Sage; 2012 [cited 2015 Apr 3];18(9):1083–107. Available from: <http://vaw.sagepub.com/content/18/9/1083.short>.
47. Brownridge DA. Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women* [Internet]. 2006 [cited 2015 Feb 24];12(9):805–22. Available from: <http://vaw.sagepub.com/content/12/9/805.short>.
48. Lund EM. Community-based services and interventions for adults with disabilities who have experienced interpersonal violence: a review of the literature. *Trauma, Violence, Abus* [Internet]. Sage Publications; 2011 [cited

- 2015 Mar 24];12(4):171–82. Available from:
<http://tva.sagepub.com/content/12/4/171>.
49. Nosek M a, Hughes RB, Taylor HB, Taylor P. Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities. *Violence Against Women* [Internet]. Sage Publications; 2006 [cited 2015 Mar 26];12(9):838–50. Available from:
<http://vaw.sagepub.com/content/12/9/838.short>.
 50. Barrett KA, O'Day B, Roche A, Carlson BL. Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women's Health Issues* [Internet]. Elsevier; 2009 [cited 2015 Mar 2];19(2):94–100. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386708001783>.
 51. GUIMARÃES R. Gênero e deficiência: um estudo sobre as relações de cuidado. In: Diniz D, Santos W, editors. *Deficiência e discriminação* Brasília: Letras Livres. Brasília: Letra Livres: Editora UnB; 2010. p. 197–228.
 52. Cheng MM, Udry JR. Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States. *J Adolesc Health* [Internet]. 2002 Jul [cited 2015 Feb 2];31(1):48–58. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X01004001>
 53. Phasha TN, Nyokangi D. School-based sexual violence among female learners with mild intellectual disability in South Africa. *Violence Against Women* [Internet]. Sage Publications; 2012;18(3):309–21. Available from:
<http://vaw.sagepub.com/content/18/3/309.short>
 54. Aylott J. Preventing rape and sexual assault of people with learning disabilities. [Internet]. *The British journal of nursing*. 1999 [cited 2015 May 2]. p. 871–6. Available from:
<http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.1999.8.13.6560>.
 55. Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira : misoprostol e mulheres The illegal market for gender-related drugs as portrayed in the Brazilian news media : the case of misoprostol and women. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 23];27(1):94–102. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n1/10.pdf>.
 56. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cien Saude Colet* [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2012 Jul [cited 2015 Apr 23];17(7):1795–804. Available from:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 57. Silva DF de O, Bedone AJ, Faúndes A, Fernandes AM dos S, Moura VGA de L e. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010 [cited 2015 Apr 25];10(4):441–7. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-

38292010000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000400004>.

58. Saciloto MP, Konopka CK, Velho MT de C, Jobim FC, Resener EV, Muradás RR, et al. Manual vacuum aspiration uterine treatment of incomplete abortion to 12 gestational weeks: an alternative to curettage. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 24];33(10):292–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001000004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
59. Haydon AA, McRee A, Halpern CT, Tucker Halpern C. Unwanted sex among young adults in the United States: the role of physical disability and cognitive performance. *J Interpers Violence* [Internet]. 2011 May [cited 2013 Oct 18];26(17):3476–93. Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/26/17/3476>.
60. Mcfarlane J, Hughes RB, Nosek MA, Groff JY, Swedlend N, Dolan Mullen P. Abuse assessment screen-disability (AAS-D): measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *J Womens Health Gend Based Med* [Internet]. Mary Ann Liebert, Inc.; 2001 [cited 2015 Mar 30];10(9):861–6. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/152460901753285750>.
61. Plummer S, Findley PA. “Women with disabilities” experience with physical and sexual abuse review of the literature and implications for the field. *Trauma, violence, Abuse* [Internet]. Sage Publications; 2012 [cited 2015 Apr 30];13(1):15–29. Available from: <http://tva.sagepub.com/content/early/2011/11/07/1524838011426014>.

8. ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Deficiência, violência sexual e aborto legal

Pesquisador: Lina Vilela Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22092113.7.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 458.709

Data da Relatoria: 29/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado na Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, área de concentração Bioética. Esse é um estudo que visa investigar como se deu o processo de atendimento a mulheres deficientes que utilizaram o serviço de aborto legal do Hospital Pérola Byington em São Paulo, que é referência nacional nesse tipo de serviço. Serão avaliados todos os casos de mulheres deficientes que recorreram ao serviço e fizeram um aborto legal, desde a fundação do serviço no hospital. Segundo o Código Penal brasileiro é garantido legalmente o aborto em casos de gravidez resultante de estupro, em caso de risco de vida para a mulher gestante e, recentemente aprovado, no caso de anencefalia (artigo 128). No caso de mulheres com deficiência mental há ainda uma particularidade intitulada estupro de vulnerável (artigo 217-A). É considerado estupro de vulnerável o ato sexual envolvendo crianças e adolescentes menores de 14 anos, deficientes mentais ou pessoas incapazes de discernir sobre a prática. Para tanto, a autora recorrerá a pesquisa bibliográfica e análise documental de prontuários, formulários do próprio hospital e se possível, de Boletins de Ocorrência ali arquivados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste projeto de pesquisa é analisar de que forma se dá o atendimento a mulheres deficientes mentais que solicitam o aborto legal. Os objetivos específicos deste projeto de pesquisa são: 1. Descrever o itinerário da mulher deficiente mental que procura o hospital em

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ¸ ALA NORTE ¸ MEZANINO ¸ SALA B1 ¸ 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 458.709

busca de realizar um aborto legal. Por quais profissionais essas mulheres passam e por quais exames são submetidas até que seja realizado o aborto. 2. Avaliar como se dá o processo de negociação entre a paciente, responsáveis legais e a equipe de saúde para a realização do aborto legal. 3. Identificar e analisar os documentos e autorizações exigidos e elaborados pelo hospital, quais os métodos utilizados para a realização do aborto legal e as especificidades que podem ocorrer devido ao fato da paciente ser deficiente mental, bem como entraves e barreiras encontradas para a realização do aborto. 4. Elaborar um perfil das mulheres deficientes mentais violentadas através dos documentos e analisar o que se tem registrado sobre as histórias de violência dessas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora vê como benefício tratar-se de uma pesquisa pioneira e que muito pode esclarecer sobre a atenção e cuidado dessas mulheres em tais situações de violência.

Sobre os riscos, anuncia desde sua carta de revisão ética e demais documentos que tem conhecimento de que são documentos sigilosos e que, exatamente, por isso se compromete a tomar as cautelas necessários no sentido de preservar a confidencialidade. Para tanto, pontua que os documentos serão escaneados com um Scanner portátil e transferidos imediatamente para um computador, as imagens obtidas serão salvas em uma pasta encriptada com senha entre 15 a 20 dígitos que apenas a pesquisadora terá acesso. Depois de computados e avaliados os dados, todas as imagens serão destruídas não sendo possível recuperar rastros no computador.

Todos os dados coletados serão protegidos por uma senha que apenas a pesquisadora terá acesso, após a análise dos dados em local seguro eventuais cópias ou outros dados que possam gerar algum risco para os envolvidos serão apagados. As cópias e outros dados que possuírem alguma identificação serão apagados tanto do scanner digital como do meu computador pessoal com um software chamado "Eraser". Eraser é uma ferramenta de remoção segura de arquivos que permite que você remova completamente os dados sensíveis de seu disco rígido por substituí-lo várias vezes com padrões sofisticados, eu usarei o Gutmann. O Gutmann é um algoritmo aplicado a um disco rígido de forma a apagar arquivos sem deixar possíveis rastros, o método é constituído de uma série de 35 padrões sobre a região a ser apagada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa importante para a área de gênero e situações de violência, sobretudo, porque articulada à temática da deficiência e vida sexual e reprodutiva dessas mulheres em

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC ; ALA NORTE ; MEZANINO ; SALA B1 ; 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 458.709

especial. Conta, portanto, como forte importância política e acadêmica. O projeto cumpre os objetivos em termos de organização mínima necessária, a autora apresenta todos os documentos necessários e tem preocupação marcada com o sigilo tanto das mulheres, familiares quanto da equipe médica envolvida nessas situações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresentou todos os termos necessários e como resposta às pendências anexou um novo TLCE e nova carta ética, onde esclarece como realizará a guarda do material, com senha e equipamento específico, bem como como realizará o descarte (decorridos 3 meses) e mediante o sistema Eraser. De mesmo modo, salientou que zelará para que os dados de pesquisa não sejam transmitidos a terceiros, o que indica que o auxiliar de pesquisa antes mencionado foi excluído da proposta.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A autora esclareceu como guardará e fará o descarte dos dados sigilosos coletados, salientando que somente ela terá acesso aos mesmos e que dispõe de um programa específico para apagar o arquivo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 14 de Novembro de 2013

Assinador por:
Soraya Fleischer
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC à ALA NORTE à MEZANINO à SALA B1 à 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

ANEXO B – TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____ às _____, no endereço _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de _____ violência _____ sexual, nas seguintes circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.). -

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

EM CASO DE AGRESSOR (A) CONHECIDO (A)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado)

O crime foi presenciado por (se houver testemunha)

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura

ANEXO C – PARECER TÉCNICO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

Parecer Técnico

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da _____ paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico

(assinatura e carimbo)

**ANEXO D – TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO
DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO**

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA
GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO**

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, _____ pela _____ usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

ANEXO E – TERMO DE RESPONSABILIDADE

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e Data: _____

Nome, identificação e assinatura.

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial .

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura. _____

Testemunha _____

Nome, identificação e assinatura _____