

ARTIGO ORIGINAL

Gestação decorrente de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo: caracterização do crime e do aborto previsto em lei

Pregnancy resulting from sexual violence committed by the intimate partner: characterization of the crime and abortion provided for by law

Maria Madalena de Souza Matos Torres^a, Marcio Massao Kawano^b, Beatriz de Barros Souza^c, Ednilza da Silva Machado Medeiros^b, Carla Patrícia Pires Xavier Carvalho^c, Márcia Sandra Fernandes dos Santos Lima^d, Caio Parente Barbosa^a, Jefferson Drezett^{a,e}

Open access

^aCentro Universitário FMABC.
Santo André (SP), Brasil;

^bUniversidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras (BA), Brasil;

^cProfessora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

^dUniversidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana (BA), Brasil;

^eFaculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente

beatriz.souza@emescam.br

Manuscrito recebido: julho 2024

Manuscrito aceito: setembro 2024

Versão online: novembro 2024

ORCID dos autores

Maria Madalena de Souza Matos Torres - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0037-5083>

Marcio Massao Kawano - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9035-6593>

Beatriz de Barros Souza- <https://orcid.org/0000-0002-7657-5017>
Ednilza da Silva Machado Medeiros - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7373-9410>

Márcia Sandra Fernandes dos Santos Lima - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7685-1678>
Caio Parente Barbosa - <https://orcid.org/0000-0002-2922-0264>

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

Resumo

Introdução: a violência praticada pelo parceiro íntimo tem alta prevalência no Brasil. Entre as graves consequências para a saúde da mulher se destacam a gestação decorrente dessa circunstância.

Objetivo: comparar características da gestação e do aborto entre mulheres com violência sexual praticada por parceiro íntimo e agressor desconhecido.

Método: estudo transversal com mulheres com idade ≥14 anos com gravidez decorrente de violência sexual e solicitação de aborto legal atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, entre 1994 e 2018. Foram comparados 1.881 casos em que o agressor sexual foi um desconhecido com 192 casos praticados pelo parceiro íntimo. As variáveis consideraram dados sociodemográficos da gestante, da violência sexual, procedimentos legais e aborto, analisadas em software SPSS 20.0. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Francisco de Barreiras, parecer nº 3.668.297.

Resultados: gestantes agredidas parceiro íntimo apresentaram maior média de idade ($27,4 \pm 6,8$ anos), declararam menos trabalho ($p=0,032$) e não estavam em união ($p=0,010$). Casos envolvendo parceiro íntimo apresentaram maior frequência de violência física ($p<0,001$) no espaço privado ($p<0,001$), com menor busca da gestante pela polícia ($p=0,013$) e exame médico-legal ($p=0,034$). A realização do aborto foi semelhante nos dois grupos, mas a desistência do procedimento foi maior nos casos com parceiro íntimo ($p=0,001$).

Conclusão: quando grávidas da violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo, mulheres têm trajetórias diferentes daquelas violentadas por desconhecidos para recorrerem ao aborto legal. A menor revelação para a polícia do crime e a maior desistência do aborto legal podem sugerir papel intimidatório do parceiro íntimo agressor.

Palavras-chave: aborto legal, delitos sexuais, violência doméstica, violência por parceiro íntimo, violência contra a mulher.

Suggested citation: Torres MMSM, Kawano MM, Souza BB, Medeiros ESM, Carvalho CPPX, Lima MSFS, Barbosa CP, Drezett J. Pregnancy resulting from sexual violence committed by the intimate partner: characterization of the crime and abortion provided for by law. *J Hum Growth Dev.* 2024; 34(3):396-409. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v34.16784>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

A violência física e sexual praticada pelo parceiro íntimo tem prevalência reconhecidamente alta em todo o mundo. Entre as graves consequências para a saúde da mulher se destaca a gestação decorrente dessa circunstância. Este estudo foi realizado para contribuir com possíveis lacunas de conhecimento sobre como ocorrem essas gestações e o desfecho do aborto.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Os autores realizaram estudo transversal com amostra de conveniência comparando gestantes vítimas de crime sexual praticado por agressor desconhecido com gestantes em que o agressor foi o parceiro íntimo. Casos envolvendo o parceiro íntimo mostraram crime sexual mais frequente no espaço privado e doméstico, com menos uso de ameaça e maior emprego de força física, e com menor busca das mulheres por procedimentos legais. A realização do aborto se mostrou semelhante nos dois grupos, mas a desistência do procedimento aprovado foi mais frequente entre vítimas de parceiros íntimos.

O que essas descobertas significam?

Mulheres que sofrem violência sexual praticada pelo parceiro íntimo têm trajetórias diferentes daquelas violentadas por agressores desconhecidos quando engravidam e solicitam o aborto legal. O fato de o agressor ser o parceiro íntimo pode ter intimidado a revelação da situação para a polícia, assim como influenciado na desistência do aborto.

Highlights

Mulheres brasileiras em situação de gestação decorrente de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo se mostram mais vulneráveis a sofrer o crime agressão no espaço doméstico com emprego da violência física, quando comparadas com mulheres agredidas por desconhecidos. Fatores como escolaridade, religião, raça/cor e ter ocupação não se mostram diferentes nos dois grupos. A maior desistência do aborto legal se mostra mais frequente quando o agressor é o parceiro íntimo.

■ INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher pode se manifestar dentro ou fora do âmbito doméstico e familiar. Contudo, é no espaço privado que se encontram as maiores incidências e prevalências. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 30% das mulheres sofrem violência por parte do parceiro íntimo em algum momento de suas vidas¹. No Brasil, a prevalência de violência física praticada pelo parceiro íntimo ao longo da vida alcança quase 34% das mulheres, com 14% declarando terem sido submetidas a atos sexuais forçados ou não consentidos, ou atos que consideram humilhantes ou degradantes².

Considera-se como violência sexual toda ação em que uma pessoa através de relação de poder, seja por meio de força física, intimidação ou repressão, obrigue outra pessoa a manter relações sexuais³. Dessa maneira, quem sofre a violência sexual tem seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos gravemente violados¹. No Brasil, o número de notificações de violência sexual contra a mulher aumentou expressivamente nos últimos anos, possivelmente resultado de políticas públicas e leis de enfrentamento deste fenômeno^{3,4}.

A violência perpetrada pelo parceiro íntimo pode ser entendida por ações e comportamentos violentos que ocorrem em qualquer relação íntima, sejam atos de hostilidade física, psicológica, sexual, social, patrimonial ou moral. Trata-se de um tipo de violência complexo e polissêmico, envolvendo relações de gênero, poder, controle e desigualdade⁵.

Durante a gestação, a violência praticada pelo parceiro íntimo tem alta prevalência, embora ainda seja menos visibilizada e os agressores menos responsabilizados⁶. A violência física pode alcançar entre 4% e 34% das gestantes, a violência sexual de 2% a 28%, e a violência psicológica de 17% a 48%⁷. Complicações obstétricas podem comprometer 37% das gestantes que sofrem alguma forma de violência⁸, com indicadores de iniciarem o atendimento pré-natal mais tarde ou de fazê-lo de forma irregular⁹.

Os impactos da violência sexual podem ser identificados tanto de imediato como em longo prazo,

colocando a mulher em situação de vulnerabilidade para experimentar agravos à sua saúde física, mental e reprodutiva⁴. Entre os agravos, estão a gravidez indesejada e o aborto, situações importantes para a saúde pública pelos impactos que causam para a saúde da mulher.

Embora a legislação brasileira seja fortemente restritiva, desde 1940 o Código Penal brasileiro assegura o direito ao aborto para mulheres com gravidez decorrente de crime sexual¹⁰. Contudo, apenas no início da década de 1990 os serviços públicos de saúde brasileiros passaram a oferecer a interrupção dessas gestações, com acesso irregular, descontínuo e insuficiente para todas as mulheres⁴.

Ainda que se tenha construído consistente conhecimento sobre a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, poucas investigações abordam as situações que resultam em gestação. Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar fatores associados com a gravidez decorrente de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo e seus desfechos.

■ MÉTODO

Desenho do estudo

Estudo epidemiológico transversal com amostra de conveniência de mulheres matriculadas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, período de julho de 1994 a dezembro de 2018, atendidas com gravidez decorrente de violência sexual e requerimento de interrupção legal da gestação.

Critérios de seleção e inclusão de sujeitos

A população foi composta por gestantes distribuídas em dois grupos. No primeiro, foram alocadas pacientes com gestação decorrente de violência sexual perpetrada por parceiros íntimos e, no segundo grupo, mulheres em que a gestação foi consequente a violência sexual por agressores desconhecidos. O atendimento do pedido de aborto foi fundamentado no artigo 128 da legislação penal brasileira, Lei nº 2.848, que permite o aborto quando a gravidez resulta de crime sexual¹⁰.

A violência sexual foi caracterizada segundo a narrativa da mulher ou de seu representante legal concordante com os artigos 213 ou 217-A do Código Penal, Lei nº 12.015¹⁰. O artigo 213, estupro, estabelece como crime o ato sexual sem consentimento da vítima em que o agressor empregue a violência ou grave ameaça¹⁰. O artigo 217-A, estupro de vulnerável, considera crime atos sexuais contra pessoas que não possam oferecer resistência ao agressor ou expressar consentimento¹⁰. O agressor sexual foi caracterizado como parceiro íntimo segundo a declaração e considerando-se a existência de relações íntimas entre ambos, estabelecidas antes, durante ou após eventual união formal ou consensual.

Foram excluídos os casos de gravidez decorrente de crimes sexuais praticados por outros agressores conhecidos, aparentados ou não, casos com narrativas divergentes dos artigos 213 e 217-A e situações de falsa alegação de crime sexual.

Instrumentos

O banco de dados foi construído a partir de ficha pré-codificada revisadas ao final de cada atendimento. A verificação da consistência das informações foi realizada por segundo revisor e divergências nessa etapa foram corrigidas antes da transferência para o software SPSS 20.0.

Variáveis de estudo

O agressor parceiro íntimo ou desconhecido foi adotado como variável dependente. Os aspectos sociodemográficos das gestantes consideraram-se a idade, escolaridade, raça, situação de união, declaração de religião e ocupação. A raça/cor foi categorizada conforme autodeclaração em branca ou negra. Foram consideradas as instituições que fizeram o encaminhamento, o local de abordagem da vítima, formas de intimidação, comunicação para a polícia, realização de exame médico-legal, e se ocorreu atendimento médico após a violência sexual. Sobre

a gestação, incluiu-se a idade gestacional e a realização do aborto legal.

Análise estatística

Para a análise dos dados foi verificada a distribuição de normalidade dos dados por teste Shapiro-Wilk. Os resultados estão apresentados por meio de distribuição por frequência para variáveis categóricas e em média e desvio-padrão para variáveis numéricas. Foi utilizado o teste “t” de Student para amostras independentes. Para verificar associação entre o autor da violência sexual e as variáveis de estudo foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Para verificar a razão de chances, Odds Ratio, foi utilizada a tabela 2x2, sendo o valor abaixo de 1 considerado como efeito protetor e acima de 1 fator de risco (exposição). Foi adotado como significante o valor de $p < 0,05$, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

Aspectos éticos

A pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Francisco de Barreiras, parecer nº 3.668.297, de 29 de outubro de 2019. Foi dispensada a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), conforme decisão do Comitê de Ética em Pesquisa.

■ RESULTADOS

No período estudado foram identificadas 2.951 solicitações de aborto legal com alegação de gravidez decorrente de violência sexual. Na figura 1 encontra-se o fluxograma com os critérios de seleção e exclusão das pacientes. Dos 2.073 sujeitos selecionados com gravidez decorrente de violência sexual, em 192 casos (9,3%) o parceiro íntimo foi apontado como perpetrador do crime sexual e em 1.881 casos (90,7%) foi declarado um agressor desconhecido.

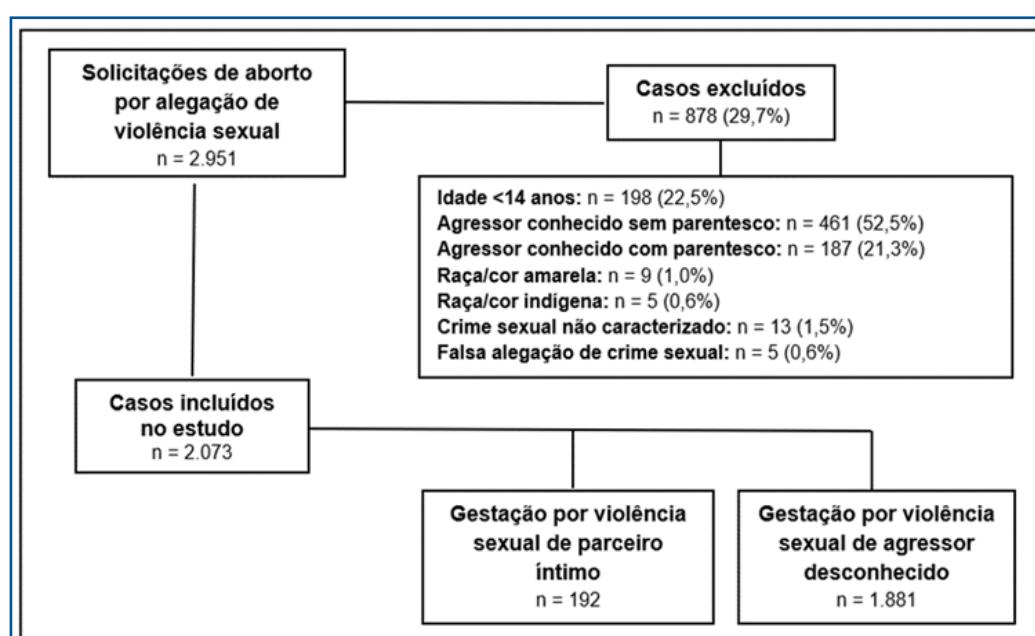


Figura 1: Fluxograma de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para seleção dos sujeitos, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, período de 1994 a 2018

Adolescentes com idade ≥ 14 e <20 anos corresponderam a 520 casos (25,1%). No grupo em que o parceiro íntimo foi o agressor, a variação da idade foi de 14 a 43 anos, média de $27,4 \pm 6,8$ anos, mediana de 27 anos. No grupo com agressor desconhecido a idade variou de 15 a 47 anos, média de $25,9 \pm 6,9$ anos, mediana de 25 anos ($p=0,01$). Na tabela 1 se encontram as comparações entre

os grupos segundo as variáveis sociodemográficas.

A tabela 2 refere-se à análise de regressão logística binária ajustada pelas variáveis de escolaridade, raça/cor, situação de união e ocupação.

As comparações das características da violência sexual encontram-se na tabela 3, assim como as medidas e procedimentos adotados pelas mulheres após o crime.

Tabela 1: Características sociodemográficas de mulheres com gestação decorrente de violência sexual praticada por parceiro íntimo e por agressor desconhecido atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, período de 1994-2018.

	Agressor desconhecido (n=1.881)		Agressor parceiro íntimo (n=192)		Total (n=2.073)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade (anos de estudo)							
< 9 anos	275	14,6	29	15,1	304	14,7	0,856
≥ 9 anos	1.606	85,4	163	84,9	1.769	85,3	
Raça / cor							
Branca	1.002	53,3	97	50,5	1.099	53,0	0,467
Negras	879	46,7	95	49,5	974	47,0	
Situação de união							
Unida	332	17,7	20	10,4	352	17,0	0,010
Não unida	1.549	82,3	172	89,6	1.721	83,0	
Religião							
Não declara religião	348	18,5	37	19,3	385	18,6	0,793
Declara religião	1.533	81,5	155	80,7	1.688	81,4	
Ocupação							
Sim	1.316	69,9	120	62,5	1.436	69,3	0,032
Não	565	30,1	72	37,5	637	30,7	

*Qui-quadrado de Person.

Tabela 2: Odds-Ratio ajustado de mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual praticada por parceiro íntimo e por agressor desconhecido atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, período de 1994-2018

Variáveis	OR ajustado (IC 95%)*
Escolaridade (anos de estudo)	
< 9 anos	0,96 (0,63-1,45)
≥ 9 anos	1
Raça / cor	
Branca	1,11 (0,83 -1,5)
Negra	1
Situação de união	
Unida	1,84 (1,1 - 2,9)
Não unida	1
Ocupação	
Sim	1,39 (1,02 - 1,90)
Não	1

*Análise ajustada por variáveis independentes. OR: Odds Ratio. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Na tabela 4 são apresentadas as características e desfecho das gestações decorrentes do crime sexual. Entre mulheres vitimadas por parceiros íntimos a idade gestacional variou entre 5 e 31 semanas completas, média de $12,1 \pm 4,8$ semanas. No grupo com gravidez decorrente de agressores desconhecidos a idade gestacional variou entre 4 e 37 semanas, média de $11,9 \pm 5,1$ semanas ($p=0,617$).

Excluindo-se os casos de desistência da mulher de interromper a gravidez durante ou após os procedimentos de avaliação, a solicitação de aborto não foi atendida em 12 casos no grupo que sofreu violência sexual praticada pelo parceiro íntimo e em 185 casos de agressores desconhecidos. A idade gestacional ≥ 23 semanas foi o principal motivo identificado em 73 casos (39,4%) de

agressores desconhecidos e em cinco casos (41,0%) de parceiros íntimos ($p=0,879$).

Em outras situações, a gravidez não foi considerada decorrente da violência sexual devido diferença tecnicamente expressiva entre a idade gestacional mensurada pela ultrassonografia obstétrica e a data de certeza do crime sexual. Isso ocorreu em 71 casos (38,3%) de agressor desconhecido e em cinco casos (41,0%) de gravidez do parceiro íntimo ($p=0,820$). Perda de acompanhamento ocorreu em 21 casos (11,3%) no grupo de agressores desconhecidos e em dois casos (16,7%) no grupo de parceiros íntimos ($p=0,578$). No grupo de agressores desconhecidos a paternidade do parceiro sexual não agressor foi estabelecida por DNA intrauterino em 20 casos (10,8%), justificando a não interrupção da gravidez.

Tabela 3: Características do crime sexual de mulheres que engravidaram em decorrência de violência sexual praticada por parceiro íntimo e por agressor desconhecido atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, período de 1994-2018

	Agressor parceiro íntimo (n=192)		Agressor desconhecido (n=1.881)		Total (n=2.073)		OR (IC 95%)	p*
	n	%	n	%	n	%		
	Encaminhamento							
Segurança Pública	51	26,6	645	34,3	696	33,6	0,69 (0,49 – 0,96)	0,030
Outro ou espontâneo	141	73,4	1.236	65,7	1.378	66,4	1	
Abordagem								
Espaço público	63	32,8	1.809	96,2	1.872	90,3	0,01 (0,01 – 0,02)	<0,001
Espaço privado	129	67,2	72	3,8	201	9,7	1	
Intimidação**								
Força física	78	86,7	264	37,5	342	43,1	10,8 (5,78 – 20,27)	<0,001
Grave ameaça	12	13,3	440	62,5	452	56,9	1	
Boletim de ocorrência								
Sim	69	35,9	851	45,2	920	44,4	0,67 (0,49 – 0,92)	0,013
Não	123	64,1	1.030	54,8	1.153	55,6	1	
Exame médico-legal								
Sim	66	34,4	795	42,2	860	41,5	0,71 (0,52 – 0,97)	0,034
Não	126	65,6	1.086	57,7	1.212	58,5	1	
Exame médico imediato								
Sim	16	8,3	142	7,5	158	7,6	1,11 (0,64 – 1,90)	0,696
Não	176	91,7	1.739	92,5	1.915	92,4	1	

*Qui-quadrado de Person. **Excluídos no grupo de violência por parceiro íntimo 84 casos de violência associada com grave ameaça e 18 casos de estupro de vulnerável. Excluídos no grupo de violência por desconhecido 827 casos de violência associada com grave ameaça e 350 casos de estupro de vulnerável. OR: Odds-Ratio. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 4: Desfecho da gestação decorrente de crime sexual segundo agressor parceiro íntimo ou desconhecido atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, período de 1994-2018

	Agressor parceiro íntimo (n=192)		Agressor desconhecido (n=1.881)		Total (n=2.073)		OR (IC 95%)	p*
	n	%	n	%	n	%		
Interrupção da gravidez								
Sim	149	77,6	1.528	81,2	1.677	80,8	0,80 (0,55 – 1,14)	0,223
Não	43	22,4	353	18,8	396	19,2	1	
Desistência do aborto								
Sim	31	16,1	168	8,9	199	9,6	1,96 (1,29 – 2,97)	0,001
Não	161	83,9	1.713	91,1	1.874	90,4	1	
Método do aborto**								
Aspiração intrauterina	103	69,5	1.024	68,3	1.127	68,5	1,05 (0,73 – 1,52)	0,757
Aborto medicamentoso	45	30,5	474	31,7	519	31,5	1	

OR: Odds-Ratio. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. *Qui-quadrado de Person. **Excluídos 30 casos de aborto cirúrgico (extração fetal por laparotomia) no grupo de agressores desconhecidos e 1 caso no grupo de parceiro íntimo agressor.

■ DISCUSSÃO

As médias de idade para os dois grupos não divergiram das pesquisas que apontam mulheres jovens e em idade reprodutiva como principais envolvidas em situações de violência sexual^{11,12}. Contudo, a média de idade foi maior entre as mulheres que sofreram violência sexual pelo parceiro íntimo. Este achado foi discordante do estudo de Chasweka *et al.*¹³, que não encontrou associação significativa entre idade e violência doméstica, e de Lee e Lee¹⁴, que observaram violência por parceiro íntimo mais frequente entre mulheres mais jovens. Esses estudos, no entanto, não trataram de situações envolvendo gestação.

No Brasil a prevalência de violência sexual se mostra maior entre as adolescentes de 12 a 17 anos (24,3%), do que em mulheres jovens de 18 a 29 anos (6,2%) ou em adultas de 30 a 59 anos (4,3%)¹⁵. Na Grã-Bretanha, a violência sexual pelo parceiro íntimo se associou com o início da vida sexual da mulher antes dos 16 anos e com a gravidez antes dos 18 anos¹⁶. No Nepal, Puri *et al.*¹⁷ verificaram maior risco de sofrer violência sexual doméstica entre mulheres mais jovens casadas com parceiros mais velhos.

A baixa escolaridade é frequentemente reportada nas pesquisas entre mulheres brasileiras que sofrem crimes sexuais em centros urbanos^{11,12,18}. Da mesma forma, a maioria das evidências reconhece a pouca escolaridade como relevante nas relações domésticas violentas¹. Na Índia, a baixa escolaridade da mulher se associou com maior risco de sofrer violência doméstica física e sexual¹⁹. No Egito, o risco de sofrer violência pelo parceiro foi menor em mulheres com maior escolaridade²⁰. Em Belo Horizonte, Brasil, observou-se que a menor escolaridade se associou com maior frequência de violência doméstica física, sexual e psicológica entre usuárias dos serviços públicos de saúde²¹.

A menor escolaridade do parceiro íntimo agressor, indisponível para análise nesta amostra de conveniência, é destacada pela OMS como componente na violência

doméstica, recomendando que seja considerada na construção de políticas públicas¹. No Maranhão, Brasil, Ribeiro *et al.*²² fizeram essa constatação, encontrando maior frequência de violência durante a gestação quando a escolaridade do parceiro íntimo era menor do que a da gestante.

Divergindo desses apontamentos, nossos resultados mostram que em ambos os grupos estudados a maioria das participantes completou nove anos ou mais de estudo formal, dado semelhante ao reportado na República do Malawi¹³. Entendemos que essa divergência possa refletir, em parte, características específicas da população do território do estudo. Por outro lado, nossos resultados podem corroborar com o entendimento de que este tipo de violência também atinge de maneira contundente as mulheres com maior escolaridade.

Dados censitários de 2023 indicam que 49,9% da população residente no sudeste brasileiro se autodeclara branca²³, semelhante ao observado nos grupos estudados. Essa característica é igualmente apontada em pesquisas com mulheres brasileiras em situação de violência sexual que buscam atendimento médico de emergência nos serviços públicos de saúde^{18,24,25}.

Neste aspecto, nossos resultados divergiram das evidências de que mulheres negras brasileiras estão mais sujeitas a sofrer violências. O feminicídio, expressão extrema da violência de gênero, atinge de forma mais contundente as mulheres negras, com taxa de 5,6 assassinatos por 100 mil, do que as mulheres brancas, com 3,2 casos por 100 mil²⁶. A associação entre violência doméstica, gravidez indesejada e aborto inseguro também se mostra relevante entre mulheres negras na cidade de Salvador, Bahia²⁷. Em outros países diferenças também foram encontradas, como apontado por Halpern-Meekin *et al.*²⁸, com taxas mais elevadas de violência praticada pelo parceiro íntimo durante a gravidez entre mulheres negras americanas. Também nos EUA, Breiding *et al.*²⁹, encontraram associação entre sofrer violência sexual pelo

parceiro íntimo e mulheres não brancas.

Neste estudo, excluímos de 14 casos de mulheres de cor ou etnia amarela ou indígena, com intuito de permitir a comparação específica das mulheres negras, amplamente descritas como de maior vulnerabilidade para sofrer violências. Mesmo assim, não observamos diferença na frequência de mulheres negras em situação de violência sexual pelo parceiro íntimo.

A informação de não estar unida no momento do crime sexual prevaleceu nos grupos estudados, assim como verificado em outros estudos brasileiros^{11,12,18,24,30}. Em parte, esse achado pode ser explicado pela maior prevalência de violência sexual entre mulheres mais jovens. Contudo, foi significativamente maior a relação entre mulheres solteiras violentadas pelo parceiro íntimo. O fato de quase 90% dessas mulheres não estarem unidas alerta para que a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo não deve ser entendida como crime restrito às mulheres casadas.

Mulheres que vivenciam violência praticada pelo parceiro íntimo podem expressar percepções culturais de tolerância e normalização da agressão³¹. Entre mulheres americanas abrigadas por situação de violência sexual foram relatados casos em que os parceiros íntimos as obrigavam a manter relações sexuais sem o uso de contraceptivos, sem que isso tenha sido percebido por elas como uma forma de violação da liberdade sexual e reprodutiva³². Aspectos da cultura têm profunda relação com a violência de gênero e com a cultura patriarcal.

Nesse sentido, práticas e vivências religiosas também podem ser relacionadas com diferentes prevalências e níveis de violência perpetrada pelo parceiro íntimo. No Brasil, mulheres evangélicas podem sofrer mais violência física e psicológica dentro do casamento do que as católicas²⁵. No Iraque, estudo transversal encontrou maior prevalência de violência doméstica física, sexual e psicológica entre mulheres muçulmanas do que entre mulheres cristãs³³. Na Índia, mulheres afiliadas ao cristianismo mostraram menor risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo¹⁹. Nos EUA, mulheres que sofreram violência física praticada pelo parceiro que recorreram ao apoio religioso foram as que mais permaneceram dentro de um relacionamento violento e abusivo³⁴.

Em nossos resultados, a maioria das mulheres declarou alguma religião sem diferença significante para os grupos analisados, permitindo afirmar que, para essas mulheres, a crença não foi obstáculo para recorrer ao aborto, assim como observado por Blake *et al.*¹¹. Entretanto, não cabe relacionar este achado com a maior desistência do aborto observada entre mulheres agredidas pelo parceiro íntimo, na medida em que a declaração de crença não reflete necessariamente sua influência nas decisões das mulheres³⁵.

Além disso, este estudo analisou somente mulheres que buscaram interromper a gravidez, não sendo possível conhecer se a religião influenciou decisivamente as mulheres que mantêm uma gravidez decorrente de crime sexual. De fato, estudo transversal com servidoras públicas brasileiras constatou que cerca de 20% das mulheres experimentaram uma gravidez indesejada e que pouco mais da metade delas realizou o aborto de forma clandestina. Entre as que decidiram não interromper a gravidez, cerca

de 30% declararam que convicções religiosas foram responsáveis por não recorrer ao aborto³⁶.

Apesar dessas evidências, pouca informação se encontra disponível sobre a influência da religião no desfecho da gravidez decorrente de crimes sexuais, particularmente no Brasil. Pimentel *et al.*³⁵ constataram que declarar alguma religião se associou com a desistência do aborto, mas somente entre mulheres com pouca escolaridade que sofreram violência sexual por agressores conhecidos. Por outro lado, 81,7% das mulheres que recorreram ao aborto devido gestação por estupro, em São Paulo, Brasil, se declararam católicas ou evangélicas, religiões reconhecidamente inflexíveis e axiomáticas em relação ao aborto³⁷.

A violência doméstica também atinge com maior frequência mulheres sem trabalho ou ocupação^{11,12,18,30}. Casos de violência doméstica durante a gestação analisados por Ribeiro *et al.*³⁸ corroboram com essa afirmação, mas os autores ressaltam que o status socioeconômico não teve efeitos significativos na violência psicológica. Por outro lado, no Nepal, observou-se que a maior autonomia das mulheres foi elemento significativo e protetor para sofrer essa forma de doméstica¹⁷. Estudo em 23 Estados americanos encontrou que a baixa renda da mulher se associou com maior risco de sofrer violência sexual doméstica³⁹.

Nossos resultados se alinham com essas constatações, com maior frequência de gestantes sem ocupação entre aquelas agredidas por parceiro íntimo. Em certa medida, isso reflete diferentes níveis de dependência econômica da mulher em situação de violência doméstica⁴⁰. Em famílias com menor condição econômica, parceiros íntimos podem experimentar maiores níveis de estresse pelo insucesso profissional e financeiro, compensando-o pelo fortalecimento de seu domínio territorial por meio da violência³⁸. Embora se admita a maior vulnerabilidade para sofrer violência doméstica das mulheres com menores recursos financeiros, cabe considerar que neste estudo encontramos quase 70% das participantes com ocupação formal ou informal. No entanto, o banco de dados não permitiu conhecer a renda dessas mulheres ou de seus parceiros.

Entendemos previsível que o ambiente doméstico tenha sido o local mais frequente da violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, contrapondo-se com os espaços públicos quando o agressor sexual foi desconhecido. Nossos resultados convergem com dados populacionais brasileiros, de 2015, que reportam 71,9% dos casos de violência sexual ocorrendo nos espaços domésticos¹⁵. Mesmo assim, cabe destacar que quase um terço das mulheres foram violentadas pelo parceiro íntimo em local diferente do espaço privado, informação que deveria ser fortemente considerada pelas autoridades responsáveis pela aplicação de medidas de segurança e proteção para essas mulheres.

As trajetórias das mulheres brasileiras que sofrem crimes sexuais indicam que a maioria não busca por atendimento nos serviços públicos de saúde, nem comunica o ocorrido para as autoridades da segurança pública⁴¹. Em nossos resultados mais de a metade das mulheres não comunicou o crime sexual para a polícia nem se submeteu

ao exame médico-legal. Entretanto, foi significativamente maior o percentual de gestantes violentadas pelo parceiro íntimo que não realizou esses dois procedimentos.

Entendemos que a maior frequência de gestantes violentadas pelo parceiro íntimo que recusaram os procedimentos legais possa se relacionar, em parte, com a proximidade com o agressor, tornando-as mais sujeitas a serem constrangidas ou a se perceberem ameaçadas, caso revelassem o crime. Também é possível que elementos comuns de uma cultura patriarcal tolerante com a violência doméstica possam ter desmobilizado essas vítimas, resultando em menor percepção de seus direitos ou fazendo-as acreditar que não seriam acreditadas ou apropriadamente atendidas^{11,30,40}.

Mesmo assim, nesta pesquisa cerca de um terço dos casos ingressou pela via das instituições da segurança pública, indicando certa efetividade na rede de assistência na região metropolitana de São Paulo. No Brasil, autores como Oshikata *et al.*¹⁸ e Mutta e Yela¹² encontraram aumento da comunicação para polícia e do exame pericial de casos de violência sexual nos últimos anos, atribuindo essas mudanças ao maior apoio e proteção oferecido após a implantação da Lei Maria da Penha, Decreto-Lei nº 11.340⁴².

Por outro lado, Martin *et al.*⁴³ mostraram que parte significativa das deficientes intelectuais que mantém proximidade cotidiana com o agressor sexual não revela a violência para as autoridades pelo medo de perderem o auxílio que dele recebem, de sofrer represália, ou de serem submetidas a uma internação psiquiátrica compulsória. Nas situações de violência sexual pelo parceiro íntimo, Denis *et al.*⁴⁴ afirmam que a comunicação para a polícia foi mais frequente quando ocorreram lesões traumáticas mais recentes e de maior relevância.

No Brasil, recomenda-se que mulheres em situação de violência sexual busquem de forma imediata atendimento médico, sem vincular essa medida com a comunicação para a polícia, exame médico-legal ou procedimento judicial contra o agressor^{4,10}. O objetivo é garantir o rápido acesso às intervenções que reduzam os agravos da violência sexual, como a profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da gravidez indesejada, cuja efetividade dos procedimentos depende fundamentalmente de prazos de elegibilidade⁴.

Encontramos nos dois grupos analisados mais de 90% das gestantes afirmando que não buscaram atendimento médico após o crime sexual, sem diferença para aquelas agredidas pelo parceiro íntimo. Embora não tenha sido possível conhecer as razões pelas quais não buscaram esse atendimento, acredita-se que o trauma decorrente da violência sexual reduza a percepção dos riscos para saúde a que estão expostas⁴⁵, que exista pouco conhecimento sobre os cuidados em saúde disponíveis⁴, que temam não serem acreditadas ou atendidas de forma humanizada³⁰, ou que o serviço de saúde revele o crime para a polícia contra seu desejo¹¹.

As ameaças graves, incluindo-se a promessa de morte, são descritas como o principal recurso intimidatório do agressor para praticar a violência sexual^{11,12}. De fato, constatamos em nossos resultados a predominância de ameaças entre as mulheres violentadas sexualmente por

desconhecidos. No entanto, foi significativamente maior o emprego da violência física nos crimes sexuais envolvendo parceiros íntimos, atingindo quase 40% das mulheres.

O uso da violência física nos crimes sexuais pode mostrar efeitos impactantes. Nos EUA, entre 2004 e 2006, registrou-se 105 mil atendimentos médicos de emergência para tratamento de lesões físicas decorrentes da violência sexual contra mulheres jovens⁴⁶. Na República do Mali, África Ocidental, 3% das internações realizadas pelos serviços de emergência decorreram de danos físicos causados por crimes sexuais⁴⁷. Na África do Sul, estudo de âmbito nacional identificou que 19,8% dos feminicídios foram precedidos de violência sexual⁴⁸. Em Denver, EUA, Riggs *et al.*⁴⁹ observaram lesões genitais em metade das mulheres que sofreram violência sexual por desconhecidos que empregaram a violência física.

A relação entre aborto e violência pelo parceiro íntimo mostra aspectos complexos e divergentes na literatura. Em Chicago, EUA, estudo transversal em duas clínicas de planejamento reprodutivo envolvendo 19.465 solicitações de aborto encontrou 1,9% das solicitações decorrentes de crime sexual⁵⁰. Em Bangladesh, não se encontrou maior frequência de abortos entre as mulheres casadas que sofreram violência doméstica⁵¹. Em outro estudo em americano, a violência pelo parceiro íntimo não se associou com maior probabilidade de a mulher recorrer ao aborto ao longo da vida, quando ajustadas as características demográficas e os fatores de risco⁵². Estudo no Nepal aponta que mulheres jovens casadas em situação de violência doméstica apresentam chances 2,3 vezes maior de sofrer gravidez indesejada⁵³.

Estudo longitudinal australiano de Taft *et al.*⁵⁴ com 9.042 mulheres aponta maior probabilidade de interromper a gravidez quando houve relato de violência recente pelo parceiro. Mulheres escocesas que recorreram duas ou mais vezes ao aborto legal no intervalo de dois anos mostraram sofrer violência por parceiro íntimo mais frequente e maior desvantagem socioeconômica⁵⁵. Entre mulheres suecas que recorreram repetidamente ao aborto, 51% sofriam violência doméstica⁵⁶. Na Nigéria, mulheres que sofreram violência física pelo parceiro íntimo apresentaram 9% mais abortos. Quando a violência foi emocional, os abortos foram 33% mais frequentes⁵⁷. Na Suécia, 29% das mulheres que recorreram aos serviços de aborto de um hospital universitário tinham antecedente de violência pelo parceiro íntimo⁵⁶.

Meta-análise com 74 estudos indica associação entre aborto e abortos repetidos entre mulheres que reportavam alguma forma de violência pelo parceiro íntimo. As mulheres que experimentaram relacionamentos violentos eram mais propensas a esconder o aborto do parceiro. Fatores demográficos como idade, etnia, educação, estado civil, renda, emprego e uso de drogas e álcool não mostraram efeito mediador consistente⁵⁸. Estudo promovido pela OMS com 17.518 mulheres em dez países encontrou que aquelas que tinham histórico de violência pelo parceiro íntimo apresentaram chances significativamente maiores de gravidez não planejada e aborto⁵⁹. Pesquisa com base populacional com mulheres em situação de violência física e sexual pelo parceiro íntimo, na Tanzânia, mostra chances 1,6 vezes maiores de

perda involuntária da gravidez e 1,9 vezes mais chances de a mulher recorrer a um aborto induzido⁶⁰.

Neste estudo, a maioria das mulheres concluiu o aborto e as médias semelhantes de idade gestacional permitiram que fossem assistidas por aspiração intrauterina. Nas idades gestacionais ≥13 semanas, o aborto medicamentoso com misoprostol foi o método de interrupção da gravidez. Nos casos em que o aborto não foi realizado, não observamos diferença nas frequências de mulheres com situações de gravidez não relacionada com a violência sexual ou casos de perda de seguimento.

Diferente dos nossos resultados, o método do aborto pode depender de necessidades específicas da mulher em outros contextos. Em Bangladesh, a escolha do aborto medicamentoso mostrou-se uma estratégia mais aceitável para mulheres em situação de violência doméstica, permitindo realizar o procedimento de maneira sigilosa e sem conhecimento do parceiro⁶¹. Estudo de coorte retrospectiva em Nova York, EUA, não encontrou associação entre a escolha da mulher pelo aborto cirúrgico ou medicamentoso quando em situação de violência doméstica⁵³.

Cabe atenção para quase 40% das gestantes que não conseguiram efetivar o aborto legal por idade gestacional ≥23 semanas entre os casos de aborto não realizados, sem fundamentação no jurídica ou técnicas. No Brasil, a tipificação penal do aborto considera qualquer ato intencional que busque a perda embrionária ou fetal sem condicionar à idade gestacional^{10,62}. Essa justificativa também diverge das recomendações da OMS, que não aconselha regulamentações ou leis que limitem o aborto com base na idade gestacional⁶³.

Mesmo assim, o obstáculo ao aborto segundo a idade gestacional persiste na maioria dos serviços de saúde brasileiros⁶, possivelmente por ainda constar como regra do Ministério da Saúde⁴, ou pela interpretação incorreta da interrupção legal da gestação a partir do conceito clínico de aborto, orientado até a 22ª semana de idade gestacional para condutas com base na expectativa ou não de viabilidade fetal³⁷.

Foster e Kimport⁶⁴, encontraram que situações de conflito com o parceiro íntimo estavam entre os fatores para a busca do aborto em idade gestacional tardia. Blake *et al.*¹¹, Perry *et al.*⁵⁰ e Bessa *et al.*³⁰ reportam situação semelhante, ao verificar que agressores sexuais conhecidos ou próximos da vítima se associaram com expressiva postergação da busca pelo aborto legal. A idade gestacional é decisiva na escolha do método seguro e apropriado para o aborto⁶³. Mutta e Yela¹² encontraram 63,4% das mulheres com solicitação de aborto por violência sexual com menos de 13 semanas de idade gestacional, percentuais comparáveis aos nossos resultados.

Os resultados deste estudo podem trazer contribuições para o entendimento do fenômeno da violência contra a mulher, particularmente quando praticada pelo parceiro íntimo. A gravidez forçada e o aborto nessas circunstâncias são questões desafiadoras

para a saúde pública, principalmente nos países que mantêm legislações restritivas em relação ao aborto ou naqueles que apresentam deficiências no atendimento em saúde. Cabe apontar a originalidade deste estudo, pois não identificamos pesquisas semelhantes comparando casos de gravidez e de aborto decorrente de violência praticada pelo parceiro íntimo. Consideramos como pontos fortes deste estudo seu aspecto documental com quase 25 anos de atendimentos em uma instituição de referência e o número de sujeitos analisados.

Como recomendado para estudos observacionais pelo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)⁶⁵, cabe não generalizar os resultados deste estudo para outros contextos sociais e culturais. Deve-se considerar a restrição de validade externa de variáveis como raça e religião, pela possível heterogeneidade sociodemográfica de outras amostras. Também é possível supor que parte das gestantes possa ter ocultado ou omitido o parceiro íntimo como o verdadeiro agressor, declarando que o crime sexual foi praticado por um desconhecido, como verificado por outros autores ao empregar métodos diferentes de investigação^{37,40}. As trajetórias das vítimas nas instituições e os procedimentos legais também estão sujeitas a essa restrição, considerando-se a diversidade das legislações penais sobre os crimes sexuais e o aborto em outros países.

■ CONCLUSÃO

Mulheres com gestação decorrente de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo são mais jovens e tem menos ocupação do que as agredidas por desconhecidos. Com maior frequência são intimidadas com violência física e no espaço doméstico. A comunicação para a polícia é menos comum e estão mais sujeitas a desistir do aborto legal. Os achados sugerem que existe uma particular vulnerabilidade da mulher aos casos de violência praticada pelo parceiro íntimo.

Contribuição dos autores

Maria Madalena Souza Matos Torres – Concepção do projeto, coleta de dados, interpretação dos resultados e elaboração do manuscrito. Marcio Massao Kawano – Elaboração do manuscrito e das tabelas. Ednilza da Silva Machado Medeiros – Elaboração do manuscrito e das tabelas. Márcia Sandra Fernandes dos Santos Lima – Elaboração do manuscrito e das tabelas. Caio Parente Barbosa – Concepção do projeto, interpretação dos resultados, elaboração do manuscrito. Jefferson Drezett – Concepção do projeto, interpretação dos resultados, análise estatística e elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Este estudo tem o apoio da Fundação de amparo a pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES), Edital Fapes 18/2023 - Publicação de Artigos Técnico-Científicos - 5º Ciclo/2024 – Processo 2023-840MX

Conflitos de interesses

Os autores não têm conflitos de interesse.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2013 [cited 2024 Aug 29]. 56 p. (Downloadable Version). Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241564625>.
2. Ellsberg M, Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen H, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Produced by the WHO department on gender, women and health: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2005 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43309>.
3. Gomes TMV, Rosa DOA, Tavares R, de Melo EM, de Melo VH. Avaliação da interface dos diferentes tipos de violência provocada pelo parceiro íntimo contra a mulher. Revista Médica de Minas Gerais [Internet]. 2016 [cited 2024 Aug 29]; Available from: <http://hdl.handle.net/1843/56707>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. 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. - Biblioteca Virtual do NESCON [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Prevencao_e_tratamento_dos_agravos_resultantes_da_violencia_sexual_contra_mulheres_e_adolescentes_norma_tecnica_56.
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet [Internet]. 2002 Oct 5;360(9339):1083–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12384003/>.
6. Drezett J, Torres JHR, Freire F de F dos S. Violence against women during pregnancy: between the invisibility of the phenomenon and the challenges of the responsibility of the aggressor. p [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 29]; 221:245. Available from: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/188774>.
7. Franco MPNS, Silva FD, Assis ALO, Frigini HF, Traverzim MAS, Drezett J. Sexual violence during pregnancy: cross-sectional study with women in puerperium. J Hum Growth Dev [Internet]. 2022 Oct 31 [cited 2024 Aug 29];32(3):331–40. Available from: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/13786>.
8. Hoang TN, Van TN, Gammeltoft T, W Meyrowitsch D, Nguyen Thi Thuy H, Rasch V. Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: A prospective cohort study. PLoS One [Internet]. 2016 Sep 15;11(9): e0162844. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27631968/>.
9. Viellas EF, Gama SGN da, Carvalho ML de, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2013 Jan;89(1):83–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23544815/>.
10. Masson C. Código Penal Comentado. 7ª ed. São Paulo: Método; 2019.
11. Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. Int Arch Med [Internet]. 2015;8(29). Available from: https://www.researchgate.net/publication/272790685_Factors_associated_with_the_delay_in_seeking_legal_abortion_for_pregnancy_resulting_from_rape.
12. Mutta DS, Yela DA. Sociodemographic characteristics of women in a public hospital in Campinas who underwent legal abortion due to sexual violence: cross-sectional study. Sao Paulo Med J [Internet]. 2017 Jul;135(4):363–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/GHkFd8j6N6tdShx9b675nQf/?lang=en>.
13. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. Malawi Med J [Internet]. 2018 Sep;30(3):191–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30627355/>.
14. Lee S, Lee E. Predictors of intimate partner violence among pregnant women. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2018 Feb;140(2):159–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29072878/>.
15. Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://flacso.org.br/2015/11/09/mapa-da-violencia-2015-homicidio-de-mulheres-no-brasil/>.
16. Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S, et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). Lancet [Internet]. 2013 Nov 30;382(9907):1845–55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898964/>.
17. Puri M, Frost M, Tamang J, Lamichhane P, Shah I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. BMC Res Notes [Internet]. 2012 Jun 13;5(1):291. Available from: <https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-291>.

18. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa M de SF, Santos GB dos, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2011 Apr [cited 2024 Aug 29];27(4):701–13. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3dPvN88SPCgWPjqL5t5Ggc/?lang=pt>.
19. Kimuna SR, Djamba YK, Ciciurkaite G, Cherukuri S. Domestic violence in India: insights from the 2005-2006 national family health survey: Insights from the 2005-2006 national family health survey. *J Interpers Violence [Internet]*. 2013 Mar;28(4):773–807. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22935947/>.
20. Akmatov MK, Mikolajczyk RT, Labeeb S, Dhaher E, Khan MM. Factors associated with wife beating in Egypt: analysis of two surveys (1995 and 2005). *BMC Womens Health [Internet]*. 2008 Sep 18;8(1):15. Available from: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-8-15>.
21. Rosa DOA, Ramos RC de S, Gomes TMV, Melo EM de, Melo VH. Violence caused by an intimate partner in users of Primary Health Care: prevalence and associated factors. *Saúde debate [Internet]*. 2018 Dec [cited 2024 Aug 29];42(spe4):67–80. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HLjWFM7fqNPWS6c5QvkQtyM/abstract/?lang=en&goto=next>.
22. Ribeiro MRC, da Silva AAM, E Alves MTSS de B, Batista RFL, de Rocha LMLN, Schraiber LB, et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2014 Feb 12; 14:66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-66>.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2023. Rio de Janeiro: IBGE - Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2023. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>.
24. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2023 Jun;28(6):1601–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/>.
25. Leite F, Amorim MC, Wehrmeister FC, Gigante D. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Revista De Saude Publica [Internet]*. 2017;51:33. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FgqPNLYMTBgfVZMHK8zbTxw/abstract/?lang=pt>.
26. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>.
27. Diniz NMF, Gesteira SMDA, Lopes RLM, Santos Mota R, Pérez BAG, Gomes NP. [Voluntary abortion and domestic violence among women attended at a public maternity hospital of Salvador-BA]. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2011 Nov-Dec;64(6):1010–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000600004>.
28. Halpern-Meekin S, Costanzo M, Ehrenthal D, Rhoades G. Intimate Partner Violence Screening in the Prenatal Period: Variation by State, Insurance, and Patient Characteristics. *Matern Child Health J [Internet]*. 2019 Jun;23(6):756–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-018-2692-x>.
29. Breidig MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ [Internet]*. 2014 Sep 5;63(8):1–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25188037/>.
30. Bessa MMM, Drezett J, Adami F, de Araújo SDT, de Abreu LC. Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor. *Medicina [Internet]*. 2019 Aug 13 [cited 2024 Aug 29];55(8). Available from: https://www.researchgate.net/publication/335193263_Characterization_of_Adolescent_Pregnancy_and_Legal_Abortion_in_Situations_Involving_Incest_or_Sexual_Violence_by_an_Unknown_Aggressor.
31. Moeini B, Rezapour-Shahkolai F, Jahanfar S, Naghdi A, Karami M, Ezzati-Rastegar K. Utilizing the PEN-3 model to identify socio-cultural factors affecting intimate partner violence against pregnant women in Suburban Hamadan. *Health Care Women Int [Internet]*. 2019 Nov;40(11):1212–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31166150/>.
32. Thiel de Bocanegra H, Rostovtseva DP, Khera S, Godhwani N. Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence Against Women [Internet]*. 2010 May;16(5):601–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20388933/>.
33. Al-Tawil NG. Association of violence against women with religion and culture in Erbil Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health [Internet]*. 2012 Sep 17; 12:800. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-800>.

34. Katerndahl D, Burge S, Ferrer R, Becho J, Wood R. Effects of religious and spiritual variables on outcomes in violent relationships. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2015 Jun 9;49(4):249–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0091217415589297>.
35. Pimentel RMM, Drezett J, Macedo H Jr, Andreoni S, Silva RS e. Abortion withdrawal of sexual violence pregnancy: the role of the sex offender. *jhgd* [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2024 Aug 29];30(2):170–8. Available from: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/10363>.
36. Bento SF, Pacagnella R de C, Faúndes A, de Pádua KS, Fernandes KG, Araújo DM, et al. The abstract versus the concrete: differing opinions of medical residents in obstetrics and gynaecology about abortion and punishment of abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2019 Dec;24(6):494–500. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13625187.2019.1682135>.
37. Pedroso D, Juliano Y, De Souza PC, Drezett J. Gravidez decorrente de violência sexual: Caracterização sociodemográfica das mulheres e desfechos do aborto em um serviço público de referência, São Paulo, Brasil. *Lat Amer J of Develop* [Internet]. 2021 Jun 14 [cited 2024 Aug 29];3(3):1455–71. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/003039014>.
38. Ribeiro MRC, Silva AAM da, Alves MTSS de BE, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, et al. Effects of socioeconomic status and social support on violence against pregnant women: A structural equation modeling analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017 Jan 20;12(1): e0170469. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28107428/>.
39. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Ryan GW. Prevalence of sexual violence against women in 23 states and two U.s. territories, BRFSS 2005. *Violence Against Women* [Internet]. 2014 May;20(5):485–99. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2014-42523-002>.
40. Schraiber LB, d' Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009;25(suppl 2): s205–16. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jt5yff5hHH5cXCHr6Bwzw9p/abstract/?lang=pt>.
41. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica. Estupro no Brasil: Uma radiografia segundo os dados da Saúde [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/75/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-dasaude>.
42. Brasil. Presidência da República. Lei N 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei maria da penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. Available from: Lei nº 11.340 (planalto.gov.br).
43. 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]. 2006 Sep;12(9):823–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801206292672>.
44. Denis C, Paret C, Chariot P. [Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual assault or intimate partner violence who do not complain to the police - An observational study in Seine-Saint-Denis, France]. *Presse Med* [Internet]. 2018 Jan 17 [cited 2024 Aug 29];47(1): e1–8. Available from: <https://europepmc.org/article/med/29373282>.
45. Drezett J, Pedroso D, Vertamatti MA, Macedo Junior H, de Toledo Blake M, Gebrim LH, et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: Reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion - Pregnancy and violence. 2012 [cited 2024 Aug 29]; Available from: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/278>.
46. Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, et al. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years - United States, 2002-2007. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2009 Jul 17;58(6):1–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19609250/>.
47. Traore Y, Mounkoro N, Teguete I, Djire MY, Diallo A, Bagayogo M, et al. Clinical and medico - legal aspects of sexual aggressions at Gabriel Toure teaching hospital. *Mali Med* [Internet]. 2010;25(3):27–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21441086/>.
48. Abrahams N, Mathews S, Lombard C, Martin LJ, Jewkes R. Sexual homicides in South Africa: A national cross-sectional epidemiological study of adult women and children. *PLoS One* [Internet]. 2017 Oct 17;12(10):e0186432. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5645125/>.

49. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2000 Apr;35(4):358–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10736122/>.
50. Perry R, Zimmerman L, Al-Saden I, Fatima A, Cowett A, Patel A. Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception* [Internet]. 2015 May;91(5):393–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25636805/>.
51. Rahman M. Intimate partner violence and termination of pregnancy: a cross-sectional study of married Bangladeshi women. *Reprod Health* [Internet]. 2015 Nov 5;12(1):102. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0095-7>.
52. Colarossi L, Dean G. Partner violence and abortion characteristics. *Women Health* [Internet]. 2014;54(3):177–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24580133/>.
53. Acharya K, Paudel YR, Silwal P. Sexual violence as a predictor of unintended pregnancy among married young women: evidence from the 2016 Nepal demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Jun 7;19(1):196. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2342-3>.
54. Taft AJ, Powell RL, Watson LF, Lucke JC, Mazza D, McNamee K. Factors associated with induced abortion over time: secondary data analysis of five waves of the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2019 Apr;43(2):137–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30727034/>.
55. Purcell C, Riddell J, Brown A, Cameron ST, Melville C, Flett G, et al. Women's experiences of more than one termination of pregnancy within two years: a mixed-methods study. *BJOG* [Internet]. 2017 Dec;124(13):1983–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28922538/>.
56. Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2014 Jan;93(1):45–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12279>.
57. Bola SL. Spousal violence and pregnancy termination among married women in Nigeria. *Afr Health Sci* [Internet]. 2016 Jun;16(2):429–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27605958/>.
58. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2014 Jan;11(1):e1001581. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883805/>.
59. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2013 Jan;120(1):3–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22959631/>.
60. Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo JKK. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 Mar 5;12(1):12. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-12>.
61. Pearson E, Andersen KL, Biswas K, Chowdhury R, Sherman SG, Decker MR. Intimate partner violence and constraints to reproductive autonomy and reproductive health among women seeking abortion services in Bangladesh. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2017 Mar;136(3):290–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12070>.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: Perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2a. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/aspectos-juridicos-do-atendimento-as-vitimas-de-violencia-sexual/>.
63. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35344310>.
64. Foster DG, Kimport K. Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2013 Dec;45(4):210–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24188634/>.
65. Ghaferi AA, Schwartz TA, Pawlik TM. STROBE Reporting Guidelines for Observational Studies. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun 1;156(6):577–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0528>.

Abstract

Introduction: intimate partner violence is highly prevalent in Brazil. Among the serious consequences for women's health, pregnancy resulting from this circumstance stands out.

Objective: To compare pregnancy and abortion characteristics among women with sexual violence committed by an intimate partner and an unknown aggressor.

Methods: cross-sectional study with women aged ≥ 14 years with pregnancies resulting from sexual violence and legal abortion request attended at the Pérola Byington Hospital, São Paulo, Brazil, between 1994 and 2018. They compared 1,881 cases in which the sexual offender was a stranger with 192 cases committed by the intimate partner. The variables considered sociodemographic data of the pregnant woman, sexual violence, legal procedures and abortion, analyzed in SPSS 20.0 software. Study approved by the Research Ethics Committee of the São Francisco de Barreiras University Center, No. 3,668,297.

Results: pregnant women who were assaulted by an intimate partner had a higher mean age (27.4 ± 6.8 years), reported less work ($p=0.032$) and were not in a union ($p=0.010$). Cases involving an intimate partner had a higher frequency of physical violence ($p<0.001$) in the private space ($p<0.001$), with less search for the pregnant woman by the police ($p=0.013$) and medico-legal examination ($p=0.034$). Abortion was similar in both groups, but dropout from the procedure was higher in cases with an intimate partner ($p=0.001$).

Conclusion: when pregnant with sexual violence perpetrated by an intimate partner, women have different trajectories from those raped by strangers to resort to legal abortion. The lesser disclosure to the police of the crime and the greater withdrawal of legal abortion may suggest an intimidating role of the aggressor intimate partner.

Keywords: legal abortion, sex offenses, domestic violence, intimate partner violence, violence against women.

©The authors (2024), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.