

ARTIGO ORIGINAL

Aborto legal em situações de gestação decorrente de violência sexual em mulheres e adolescentes com deficiência intelectual

Legal abortion in situations of pregnancy resulting from sexual violence in women and adolescents with intellectual disabilities

Walkyria Almeida Santana^a, Wallacy Milton do Nascimento Feitosa^b, Renata Macedo Martins Pimentel^f, Breno Quintella Farah^c, Flávia Cristina da Silva Araújo Hodroj^d, Caio Parente Barbosa^a, Jefferson Drezett^{a,e}



^aPrograma de Pós-Graduação do Centro Universitário FMABC, Santo André (SP), Brasil;

^bUniversidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil;

^cUniversidade Federal Rural de Pernambuco, Recife (PE), Brasil;

^dServiço de Violência Sexual e Aborto Legal. Hospital Pérola Byington. São Paulo (SP), Brasil;

^eDepartamento de Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo (SP), Brasil.

^fDepartamento de Medicina, Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). São Paulo, Brasil

Autor correspondente
drezett@usp.br

Manuscrito recebido: maio 2024

Manuscrito aceito: agosto 2024

Versão online: abril 2025

ORCID authors

Walkyria Almeida Santana - <https://orcid.org/0000-0002-5128-2138> - E-mail: walkyriaas@yahoo.com.br;

Wallacy Milton do Nascimento Feitosa - <https://orcid.org/0000-0003-0148-8880> - E-mail: wallacyfeitosa@gmail.com;

Breno Quintella Farah - <https://orcid.org/0000-0003-2286-5892> - E-mail: BrenoFarah@hotmail.com;

Flávia Cristina da Silva Araújo Hodroj - <https://orcid.org/0000-0002-9496-6599> - E-mail: flaviahodroj@hotmail.com;

Caio Parente Barbosa - <https://orcid.org/0000-0002-2922-0264> - E-mail: caio-pb@ideiafertil.com.br;

Jefferson Drezett - <https://orcid.org/0000-0003-4072-3636> - E-mail: drezett@usp.br. re_pimentel1@hotmail.com.

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

Resumo

Introdução: mulheres com deficiência intelectual são particularmente vulneráveis à violência sexual e suas consequências. Contudo, pouco se conhece sobre a gestação decorrente desse crime e desfechos para essas mulheres.

Objetivo: comparar as características do crime sexual e desfechos da gestação decorrente de violência sexual entre mulheres com e sem deficiência intelectual.

Método: estudo transversal com 1.478 gestantes de crime sexual com idade ≥ 14 anos com solicitação de aborto legal, atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, entre 1994-2015. Comparou-se 88 gestações com deficiência intelectual e 1.390 sem transtorno quanto variáveis sociodemográficas, crime sexual, agressor, gestação e aborto. Para análise estatística utilizou-se qui-quadrado de Person, regressão logística binária ajustada e teste t de Student para amostras independentes, com $p < 0,05$ significativa e Intervalo de Confiança de 95%. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Pérola Byington, parecer 1.396.893.

Resultados: gestantes com deficiência intelectual apresentaram menor escolaridade do que as sem transtorno (84,1% versus 23,4%) ($p < 0,001$), declararam menos religião (68,2% versus 85,0%) ($p < 0,001$), e não eram unidas (96,6% versus 81,1%) ($p < 0,001$). Foi mais frequente o crime sexual doméstico (57,8% versus 18,8%) ($p < 0,001$), agressor aparentado (44,9% versus 11,2%) ($p < 0,001$), encaminhamento pela segurança pública (80,7% versus 50,4%) ($p < 0,001$), boletim de ocorrência policial (86,4% versus 65,3%) ($p < 0,001$), e exame médico-legal (83,0% versus 61,5%) ($p < 0,001$). Não houve diferença na realização do aborto, mas nas gestantes com deficiência intelectual foi mais frequente o método medicamentoso (55,6% versus 34,2%) ($p = 0,03$) devido maior idade gestacional.

Conclusão: gestantes com deficiência intelectual são mais vulneráveis à violência sexual doméstica perpetrada agressores aparentados, com maior envolvimento da segurança pública, e busca mais tardia pelo aborto.

Palavras-chave: aborto legal, deficiência intelectual, delitos sexuais, violência contra a mulher.

Suggested citation: Santana WA, Feitosa WMN, Pimentel RMM, Farah BQ, Hodroj FCSA, Barbosa CP, Drezett J. Legal abortion in situations of pregnancy resulting from sexual violence in women and adolescents with intellectual disabilities. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):25-35. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.16783>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

A prevalência de violência sexual contra mulheres e meninas com deficiência intelectual é reconhecidamente alta. No Brasil, há lacunas de conhecimento sobre as circunstâncias em que ocorre a gestação decorrente desse crime sexual e quais os seus desfechos para essas mulheres. Este estudo foi realizado para contribuir com evidências sobre o aborto permitido por lei nessas circunstâncias.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Os autores realizaram estudo transversal com gestantes adultas e adolescente vítimas de crime sexual com solicitação de aborto previsto em lei, comparando 88 casos com deficiência intelectual e 1.390 casos sem deficiência intelectual. Gestantes com deficiência intelectual apresentaram menor escolaridade, declararam menos religião e na maioria dos casos não eram unidas. Foi mais frequente o crime sexual no espaço doméstico por agressor aparentado, assim como busca por procedimentos legais pelos responsáveis. A realização do aborto não mostrou diferença entre grupos, mas o método medicamentoso foi mais frequente naquelas com deficiência intelectual devido maior idade gestacional.

O que essas descobertas significam?

Os achados reforçam a vulnerabilidade das gestantes com deficiência intelectual em sofrerem violência sexual e incesto, com percursos diferenciados para assistência ao aborto legal apoiados no sistema de segurança pública. A busca pelo aborto em maior idade gestacional pode refletir a percepção mais tardia da gestação por essas mulheres e meninas, sua menor autonomia e, principalmente, os obstáculos impostos pelo agressor aparentado para evitar sua identificação e responsabilização.

Highlights

Mulheres com deficiência intelectual tem menos recursos para reconhecer e evitar a violência sexual. Demoram mais tempo para identificar a gestação decorrente da violência e são mais dependentes de um cuidador para acessarem os serviços de aborto legal. Suas trajetórias até a chegada ao atendimento são diferentes das outras mulheres, resultando em maior idade gestacional e risco de terem o aborto negado por essa condição.

INTRODUÇÃO

A violência física e sexual contra a mulher é fenômeno mundial de alta prevalência¹, entendido como grave problema de saúde pública e violação de direitos sexuais e reprodutivos². As evidências indicam que mulheres com deficiência intelectual são mais vulneráveis a sofrerem violência sexual³ e outras formas de violência⁴. A menor oportunidade de receberem orientação e educação sexual do que homens com deficiência intelectual colabora para aumentar essa vulnerabilidade⁵.

Estima-se que entre 25% e 53% das mulheres com deficiência intelectual sofra violência sexual ao longo da vida³, praticada geralmente por agressores conhecidos no espaço doméstico⁶, com maior risco de se tornar continuada e ocultada^{7,8}. Em acréscimo, a violência verbal no ambiente doméstico atinge cerca de 70% das mulheres brasileiras com deficiência intelectual⁴.

Apesar de parte significativa das mulheres com deficiência intelectual reconhecer situações de violência sexual, outras podem ter menor compreensão de certos atos como interditados e abusivos⁹. Quando reconhecem e relatam a violência sexual costumam ser desacreditadas e receber pouco apoio, principalmente quando o agressor é aparentado¹⁰. Além disso, mulheres com deficiência intelectual têm menores recursos internos para evitar a abordagem do agressor e revelar o ocorrido¹¹, enfrentam estigmas e preconceitos, e terminando categorizadas de maneira secundarizada e marginalizada¹².

A violência sexual contra mulheres com transtornos intelectuais deve ser distinguida da legítima vivência de sua sexualidade, direito fundamental inerente ao ser humano e que independe de sua condição, reconhecido pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência¹³. No entanto, a sexualidade dessas mulheres ainda é permeada por polêmicas e se mostra não consensual, mesmo nas sociedades mais inclusivas¹⁴.

Mulheres que sofrem violência sexual ao longo da vida apresentam riscos expressivos de danos físicos, letalidade, transtornos da sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis (IST)^{2,15}, transtornos para

a saúde mental¹⁶, e gestação forçada e indesejada¹⁷. Os episódios recorrentes de violência sexual, ao longo do tempo, aumentam significativamente as chances de gestação em mulheres com transtornos intelectuais que não utilizam método contraceptivo que independa do agressor¹⁸.

Nos casos de gestação decorrente de violência sexual, mulheres e suas famílias frequentemente a consideram inaceitável e recorrem ao aborto¹⁷. No Brasil, desde 1940 o artigo 128 do Código Penal não criminaliza o aborto nesses casos¹⁹, mas as mulheres brasileiras ainda enfrentam obstáculos para alcançá-lo¹⁷. Também existem lacunas no conhecimento sobre as dinâmicas envolvidas no crime sexual, na gestação e no aborto¹⁵, com informações notadamente mais escassas para mulheres com deficiência intelectual. Assim, o objetivo deste artigo é comparar as características do crime sexual e desfechos da gestação decorrente de violência sexual entre mulheres com e sem deficiência intelectual.

MÉTODO

Desenho do estudo

Estudo transversal com amostra de conveniência de pacientes atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, entre julho de 1994 e junho de 2015, com gestação decorrente de crime sexual e solicitação de aborto legal. O Hospital Pérola Byington é instituição da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, referência para a interrupção legal da gestação.

CrITÉRIOS de seleção de pacientes

A população de estudo foi composta por mulheres com idade ≥ 14 anos com alegação de gestação decorrente de crime sexual, alocadas em dois grupos. O primeiro grupo contou com gestantes com deficiência intelectual impeditivo para o consentimento válido para o ato sexual ou para oferecer resistência ao agressor. O segundo grupo incluiu gestantes sem deficiência intelectual e sem outra circunstância impeditiva para o oferecer consentimento

ou resistência ao agressor. Foram excluídos casos de falsa alegação de crime sexual, gestantes menores de 14 anos e situações de estupro de vulnerável para mulheres sem deficiência intelectual.

O crime sexual foi caracterizado segundo narrativa da gestante ou do representante legal concordante com os artigos 213 ou 217-A da Lei nº 12.015, de 2009¹⁹. O artigo 213 tipifica como estupro o ato sexual não consentido imposto mediante violência ou grave ameaça. O artigo 217-A, estupro de vulnerável, abrange atos sexuais contra menores de 14 anos ou contra pessoas que não possam oferecer resistência ou consentimento válido para o ato sexual por motivo de vulnerabilidade¹⁹.

O diagnóstico de deficiência intelectual observou critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), incluindo transtornos do neurodesenvolvimento e deficiências intelectuais (códigos 317-319), equivalentes à classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10) para retardo mental, (códigos F70-F79). Essas classificações foram análogas ao termo deficiência mental previsto no artigo 217-A, que tipifica como crime atos sexuais contra pessoas com deficiência intelectual que implique em impedimento para consentir ou oferecer resistência ao agressor¹⁹. Considerou-se pareceres médicos ou psicólogos reportando a incapacidade da mulher para decidir sobre o ato sexual nas circunstâncias que resultaram na gestação.

Instrumentos e coleta dos dados

Os dados foram extraídos de arquivo Microsoft Excel e transferidos para software SPSS18.0. A alimentação do arquivo primário foi realizada por ficha pré-codificada, com consistência dos registros realizada por revisor e divergências corrigidas e consolidadas antes da transferência para o SPSS18.0.

Varáveis de estudo

A condição de deficiência intelectual ou não foi adotada como variável dependente. Nos dois grupos

foram comparadas variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, situação conjugal e religião), sobre o crime sexual (local, relação entre vítima e agressor, número de agressores, comunicação para a polícia, exame no IML, e responsável pelo encaminhamento), e sobre a gestação (idade gestacional, realização e técnica do aborto).

Análise estatística

Para a análise bivariada foi empregado o teste de qui-quadrado de Person. A regressão logística binária ajustada foi utilizada para quantificar as diferenças em relação às variáveis de estudo e para modelos ajustados foram testadas variáveis com valor de $p < 0,20$. Foi adotado como significativo valor de $p < 0,05$, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Para variáveis numéricas para amostras independentes foi utilizado teste t Student.

Aspectos éticos

Foram observadas as resoluções nº 196/1996 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde quanto aspectos éticos inerentes à realização da pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Pérola Byington, parecer nº 1.396.893, de 28 de janeiro de 2016.

RESULTADOS

No período estudado foram registradas 1.845 solicitações de aborto legal por alegação de gestação decorrente de violência sexual, sendo excluídos 367 casos (19,9%) a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Foram analisados 1.478 casos, sendo 88 (5,9%) gestantes com deficiência intelectual e 1.390 (94,1%) gestantes sem deficiência intelectual. Adolescentes com idade ≥ 14 anos e < 20 anos corresponderam a 442 casos (29,9%). Nas gestantes sem deficiência intelectual a idade variou de 14 a 47 anos, média $24,4 \pm 7,4$ anos. Nas portadoras de deficiência intelectual variou de 14 a 40 anos, média $22,4 \pm 6,9$ anos ($p = 0,09$). Na tabela 1 são apresentadas as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1: Dados sociodemográficos de gestantes em situação de gestação decorrente de violência sexual segundo ocorrência ou não de deficiência intelectual, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 a 2015

Dados Sociodemográficos	Com deficiência intelectual (n=88)		Sem deficiência intelectual (n=1,390)		Total (n=1,478)		OR (IC95%)	p*
	n	%	N	%	n	%		
Escolaridade								
< 9 anos	74	84,1	325	23,4	399	27,0	17,32 (9,65-31,07)	<0,001
≥ 9 anos	14	15,9	1,065	76,6	1,079	73,0		
Raça/Cor								
Branca	52	59,1	779	56,0	831	56,2	1,13 (0,73-1,75)	0,576
Não branca	36	40,9	611	44,0	647	43,8		
Situação conjugal								
Unida	3	3,4	253	18,2	256	17,3	0,15 (0,04-0,50)	<0,001
Não unida	85	96,6	1,137	81,8	1,222	82,7		
Declaração de religião								

Continuação - Tabela 1: Dados sociodemográficos de gestantes em situação de gestação decorrente de violência sexual segundo ocorrência ou não de deficiência intelectual, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 a 2015

Dados Sociodemográficos	Com deficiência intelectual (n=88)		Sem deficiência intelectual (n=1,390)		Total (n=1,478)		OR (IC95%)	p*
	n	%	N	%	n	%		
Não	28	31,8	208	15,0	236	15,9	2,65 (1,65-4,25)	<0,001
Sim	60	68,2	1,182	85,0	1,242	84,1		

*Pearson chi-square, OR: Odds Ratio, 95% CI: 95% Confidence Interval,

A idade gestacional nas mulheres com deficiência intelectual variou entre 5 e 32 semanas, média de 16,2±5,7 semanas, e naquelas sem deficiência intelectual de 4 a 36 semanas, média de 12,4±5,6 semanas (p<0,001). Na tabela 2 encontram-se as variáveis sobre a violência sexual, gestação e aborto.

Tabela 2 - Características da violência sexual, do perpetrador e desfecho da gestação decorrente de crime sexual segundo a ocorrência ou não de deficiência intelectual, Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 a 2015

	Com deficiência intelectual		Sem deficiência intelectual		Total		OR (95%CI)	p*
	n	%	n	%	n	%		
Encaminhamento								
Segurança pública	71	80,7	700	50,4	771	52,2	4,13 (2,44 – 7,25)	<0,001
Outro ou espontâneo	17	19,3	690	49,6	707	47,8		
Abordagem								
Espaço doméstico	37	57,8	262	18,8	299	20,6	5,90 (3,53 – 9,8)	<0,001
Espaço público	27	42,2	1,128	81,2	1,155	79,4		
Agressor								
Com parentesco	31	44,9	156	11,2	187	12,8	6,45 (3,93 – 10,67)	<0,001
Sem parentesco	38	55,1	1,234	88,8	1,272	87,2		
Número de perpetradores								
Único	65	94,2	1,273	91,6	1,338	91,7	1,49 (0,54 – 4,17)	0,441
Múltiplo	4	5,8	117	8,4	121	8,3		
Comunicação policial								
Sim	76	86,4	907	65,3	983	33,5	3,37 (1,82 – 6,26)	<0,001
Não	12	13,6	483	34,7	495	66,5		
Exame médico-legal								
Sim	73	83,0	855	61,5	928	62,8	3,01 (1,73 – 5,36)	<0,001
Não	15	17,0	535	38,5	550	37,2		
Realização do aborto								
Sim	59	67,0	1,043	75,0	1,102	74,6	0,68 (0,43 – 1,07)	0,095
Não	29	33,0	347	25,0	376	25,4		
Método do abortod								
Aspiração intrauterina	20	44,4	662	65,8	682	64,9	2,41 (1,32 – 4,39)	0,003
Aborto medicamentoso	25	55,6	344	34,2	369	35,1		

*Qui-quadrado de Person. OR: Odds Ratio. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. aExcluídos 24 casos no grupo com deficiência intelectual por impossibilidade em apontar o agressor. bExcluídos 19 casos no grupo com deficiência intelectual por impossibilidade em apontar o local de abordagem. cExcluídos 19 casos no grupo com deficiência intelectual por impossibilidade em apontar o número de agressores. dExcluídos 51 casos de aborto cirúrgico.

Dos 29 casos em que o aborto não foi realizado no grupo com deficiência intelectual, os principais motivos foram a idade gestacional ≥ 23 semanas, em 12 casos (41,3%), e a desistência da família de realizar o aborto após aprovação institucional, em 12 casos (41,3%). No grupo sem deficiência intelectual o impedimento foi a idade gestacional ≥ 23 semanas, em 81 casos (23,3%) ($p=0,006$), e a desistência do procedimento aprovado, em

95 casos (27,3%) ($p=0,029$). Nas gestantes sem deficiência intelectual outras razões foram verificadas para não realizar o aborto: em 79 casos (22,7%) a gravidez não foi considerada decorrente da violência sexual, e em 21 casos (6,1%) a paternidade do parceiro sexual não agressor foi estabelecida por exame de DNA fetal. Na tabela 3 encontra-se o resultado da regressão logística binária ajustada para variáveis independentes.

Tabela 3 - Regressão logística binária e Odds-Ratio (OR) ajustado segundo presença ou não de deficiência intelectual em gestantes atendidas no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, 1994 a 2015

Variáveis	OR ajustado (IC95%)*
Baixa escolaridade	16,78 (9,28 – 30,35)
	1
Não unida	6,13 (1,86 – 20,25)
	1
Sem religião	1,90 (1,14 – 3,18)
	1
Encaminhamento da segurança pública	3,87 (1,14 – 13,19)
	1
Abordagem no espaço privado	4,35 (1,84 – 10,31)
	1
Agressor sem parentesco	0,43 (0,17 – 1,05)
	1
Comunicação para a polícia	3,93 (0,52 – 29,55)
	1
Exame médico-legal	0,45 (0,09 – 2,22)
	1
Aborto por aspiração intrauterina	0,40 (0,19 – 0,85)
	1

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

DISCUSSÃO

Vários estudos apontam que a gestação decorrente de violência sexual geralmente atinge mulheres brasileiras jovens^{15,17,20,21}. Neste estudo, mesmo excluindo gestantes com idade < 14 anos para evitar o viés da vulnerabilidade devido idade legal, as médias etárias nos grupos estudados não divergiram dessas evidências e quase 30% dos casos ocorreram entre adolescentes. Além disso, a comparação das médias de idade das gestantes com deficiência intelectual ($22,4 \pm 6,9$ anos) e sem transtorno ($24,4 \pm 7,4$ anos) não mostrou diferença significativa ($p=0,09$). Assim, nossos resultados não corroboraram com a hipótese de que gestantes com deficiência intelectual poderiam ter menor média de idade como resultado da exposição repetida à violência sexual desde mais jovens^{8,9,18}.

A baixa escolaridade nas gestantes com deficiência intelectual foi destaque, com 84,1% delas com menos de nove anos de estudo e sem completar o ensino fundamental, semelhante ao verificado por outros autores^{7,22-24}. Este achado contrastou com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que, em 2022, encontrou 34% da população com 25 anos ou mais sem instrução ou sem ensino fundamental completo²⁵. Além disso, a análise

ajustada na regressão binária encontrou que a chance de baixa escolaridade foi 16 vezes maior nas gestantes com deficiência intelectual. É possível inferir que a baixa escolaridade tenha refletido a severidade da deficiência intelectual no grupo estudado, suficiente para limitar sobremaneira seu desenvolvimento escolar formal.

Não se constatou diferença significativa quanto a raça/cor ($p=0,576$), com maior frequência de gestantes brancas nos dois grupos. Cabe considerar que as proporções de gestantes brancas foram pouco maiores do que o apontado pelo IBGE, calculada em 49,9% para o Sudeste brasileiro²⁵. Uma justificativa para essa diferença poderia ser a maior dificuldade de acesso das mulheres negras brasileiras aos serviços de aborto legal, como apontado por Blake *et al.*¹⁵. Outra hipótese, seria a declaração desse quesito pelo representante legal a partir de critérios subjetivos, possivelmente devido ao fenômeno social de tendência de branqueamento da população negra²⁶.

De toda forma, o recorte racial importa para mulheres negras brasileiras, reconhecidamente mais sujeitas a sofrerem violências e desenvolverem problemas de saúde²⁵. Cabe reconhecer a limitação para comparação dos resultados sobre raça/cor encontrados com outros estudos,

seja por critérios demográficos ou pela heterogeneidade de categorização empregada em outros países.

De maneira geral, mulheres brasileiras que sofrem violência sexual são jovens e não se encontram unidas, formal ou consensualmente^{15,17,20}, e o mesmo parece ocorrer quando a mulher apresenta deficiência intelectual^{22,23}. Contudo, a análise de regressão indicou que chance de não estar unida foi seis vezes maior nas gestantes com deficiência intelectual do que nas sem transtorno. Considerando-se que não se encontrou diferença nas médias de idade, este achado sugere que a severidade da deficiência intelectual possa ter exercido impedimento decisivo para a união conjugal.

De forma semelhante, a declaração de religião pode ter sofrido influência dos níveis de deficiência intelectual. A análise de regressão apontou que a chance de não declarar religião foi duas vezes maior nesse grupo do que nas gestantes sem transtorno. Além disso, é razoável supor que nas gestantes com deficiência intelectual o representante legal possa ter sido o responsável pela declaração de religião, registrada como a professa pela família, o que poderia interferir na diferença encontrada.

A deficiência intelectual também pode ter se relacionado com as rotas críticas das gestantes e suas famílias até o ingresso para atendimento ao aborto legal. Apesar de a segurança pública representar o principal autor do encaminhamento para o aborto legal nos dois grupos, sua participação foi significativamente mais frequente nas gestantes com deficiência intelectual (80,7%) do que nas sem transtorno (50,4%) ($p < 0,001$). No entanto, a legislação brasileira não requer a comunicação para a polícia ou o que se apresente o exame médico-legal para a realização do aborto em casos de crime sexual¹⁹.

Considerando-se a menor autonomia das gestantes com deficiência intelectual, essa diferença pode refletir as ações do representante legal, seja por entender como algo necessário para o atendimento ao aborto ou para buscar responsabilizar o agressor¹⁷. Esta hipótese pode ser corroborada pela maior frequência de comunicação do crime sexual para a polícia (86,4% versus 65,3%) ($p < 0,001$) e maior realização de exame médico-legal (83,0% versus 61,5%) ($p < 0,001$) pelas gestantes com deficiência intelectual¹⁹.

Essa expressiva participação da segurança pública informando sobre o direito ao aborto legal e encaminhando as gestantes para o serviço de referência parece apontar para a melhoria na funcionalidade da rede de atenção à violência sexual na região metropolitana de São Paulo^{15,20}. De fato, o envolvimento dos operadores do direito tem se mostrado mais frequente nas gestações decorrentes de incesto¹⁷ ou quando ocorrem traumas físicos de maior relevância clínica²⁷. No entanto, ainda não há evidência de que esses avanços tenham refletido no ingresso para o aborto legal em idade gestacional mais precoce¹⁵.

Em outros estudos, essa maior participação da segurança pública não foi verificada. A exemplo, Martin *et al.*²⁸ observaram que parte significativa das mulheres com deficiência intelectual não revela a violência sexual para as autoridades quando o agressor tem proximidade cotidiana, seja pelo medo de perderem o auxílio e cuidados que dele recebem, pela possibilidade de represálias, ou pelo

temor de uma internação compulsória. No entanto, esses estudos não analisaram situações de gestação decorrente de crime sexual, o que poderia deflagrar diferentes atitudes e desdobramentos do representante legal.

A vulnerabilidade das mulheres com deficiência intelectual se relaciona com a insuficiência, relativa ou absoluta, em proteger seus interesses e consentir livremente²⁹. Essas mulheres vivenciam tanto uma vulnerabilidade intrínseca, resultado direto da deficiência intelectual, como uma vulnerabilidade extrínseca, decorrente do menor poder socioeconômico, da maior dependência, da menor escolaridade e menor oferta de serviços de saúde especializados²⁹. Assim, também merece atenção o expressivo percentual de gestantes com deficiência intelectual abordadas por agressores em espaços públicos (42,2%), desvelando essas vulnerabilidades em todos os espaços de convívio.

Essas vulnerabilidades também podem ser decisivas na dinâmica com a qual o agressor sexual aborda e constrange a vítima. No Brasil, a maioria das investigações indica que a intimidação psicológica é o principal meio empregado para praticar o crime sexual, tanto para mulheres com deficiência intelectual como para as sem transtorno^{15,17,20,21,30}. Ao não fazer uso da violência física o perpetrador evita produzir evidências materiais de suas ações, o que colabora para que a violência sexual seja ocultada e continuada e evita sua responsabilização^{18,28,31}.

Essas observações permitem compreender a maior frequência de agressores sexuais aparentados nas gestantes com deficiência intelectual (44,9%) do que nas gestantes sem transtorno (11,2%) ($p < 0,001$). Essas situações incestuosas são mais difíceis de serem identificadas, a comunicação para as autoridades tende a ser menos frequente e a credibilidade da palavra da vítima pode ser menor³². É comum o esforço da família incestuosa em manter aparente “normalidade”, muitas vezes interrompida somente com o evento da gestação¹⁷.

O vínculo parental entre vítima e agressor foi compatível com a maior frequência de crimes sexuais no espaço doméstico nas gestantes com deficiência intelectual (57,8%) do que nas sem transtorno (18,8%) ($p < 0,001$). O agressor sexual único foi o mais frequente nos dois grupos, sem diferença significativa ($p = 0,441$). Estes resultados se alinharam com outros estudos^{15,17,18,20} mas divergiram dos achados de Soyly *et al.*³³, que encontraram maior chance de agressores sexuais múltiplos em mulheres com deficiência intelectual. Outros autores indicam o parceiro íntimo como o principal autor da violência sexual contra mulheres com deficiência intelectual^{7,18,23,28}, o que não se constatou neste estudo. Essa divergência poderia ser explicada pelo baixo percentual de gestantes com deficiência intelectual que se encontravam em situação de união (3,4%).

A decisão de recorrer ao aborto na gestação decorrente de violência sexual pertence, ética e juridicamente, à mulher que desfruta de plena autonomia para fazê-lo, assinando os termos da Portaria MS/GM Nº 1.508 a partir dos 18 anos de idade³⁴. Nas situações envolvendo gestantes com deficiência intelectual severo a assinatura desses documentos, geralmente, termina aos cuidados de outras mulheres que legalmente as representam, sugerindo possível naturalização desse cuidado como uma

atribuição de gênero¹⁸.

A realização do aborto legal ocorreu de maneira equivalente para gestantes com deficiência intelectual (67,0%) e sem transtorno (75,0%) ($p=0,095$). Dos casos em que o aborto legal não foi realizado no grupo com deficiência intelectual os principais motivos foram a idade gestacional ≥ 23 semanas, em 12 casos (41,3%), e a desistência da família ou da gestante de realizar o aborto legal após aprovado pela instituição, em 12 casos (41,3%). No grupo sem deficiência intelectual o impedimento por idade gestacional ≥ 23 semanas foi menor, com 81 casos (23,3%) ($p=0,006$), assim como a desistência do aborto legal aprovado, com 95 casos (27,3%) ($p=0,029$).

A recusa do aborto legal devido idade gestacional maior ou igual a 23 semanas, constatada nos dois grupos e em percentuais relevantes, não tem fundamento no ordenamento jurídico brasileiro. O conceito jurídico-penal do aborto, aplicável aos casos deste estudo, considera e tipifica qualquer procedimento intencional que busque dolosamente a perda fetal ou embrionária, não estando condicionando à idade gestacional no momento de sua realização³⁵.

Esse impedimento também diverge das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que desaconselha o estabelecimento de leis e regulamentações que limitem o aborto com base na idade gestacional³⁶, disponibilizando protocolos de assistência ao aborto para gestações com 23 semanas ou mais. Nesses casos, a OMS recomenda a assistolia fetal por injeção intracordal ou intracardiaca de cloreto de potássio (KCl) ou de outra substância que induza a perda fetal, antes de promover esvaziamento uterino por meio de medicamentos. A mesma conduta é preconizada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), orientando os procedimentos seguros para o aborto legal inclusive para gestações com mais de 28 semanas, assim como a assistolia fetal³⁷.

Mesmo assim, esse limite de idade gestacional tem sido praticado pela maioria dos serviços de saúde brasileiros para a recusa do aborto legal. Isso parece decorrer, em parte, por ainda constar como recomendação na normativa técnica do Ministério da Saúde³⁴ e, em parte, pela interpretação equivocada da interrupção legal da gestação a partir do conceito clínico de aborto, orientado até a 22ª semana de idade gestacional, para diferenciá-lo da antecipação do parto e orientar condutas com base na expectativa ou não de viabilidade fetal³⁰.

De fato, a confusão entre os conceitos clínico e legal do aborto se mostra frequente e parece influenciar a posição de profissionais da saúde e suas representações de classe. O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu a resolução CFM Nº 2.378, em 2024, proibindo médicos brasileiros da realização da assistolia fetal em gestações decorrentes de estupro após 22 semanas de idade gestacional, por considerar o ato feticídio que viola o direito à vida³⁸. Até o mês de junho de 2024, a Resolução CFM Nº 2.378 encontrava-se com efeitos suspensos pelo Supremo Tribunal Federal (STF), aguardando julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 1141).

As relações entre a religião do profissional de saúde

e o aborto induzido têm sido documentadas na literatura. Há consistente evidência de maior distanciamento do tema ou objeção de consciência entre aqueles que declaram maior importância da religião em suas decisões cotidianas ou posicionamentos profissionais. Entre esses profissionais, a maternidade é fortemente associada ao início da vida desde a concepção, crença difundida notadamente nas sociedades ocidentais alinhadas à princípios judaico-cristãos³⁹. Por outro lado, são escassas as informações sobre a relação entre religião, gestação decorrente de crime sexual e aborto legal. Estudo observacional brasileiro de Pimentel *et al.*²¹ encontrou que declarar alguma religião aumentou as chances de desistir do aborto legal após sua aprovação entre mulheres com baixa escolaridade violentadas por agressores conhecidos ou aparentados.

Nossos resultados indicam que a desistência do aborto legal foi maior nas gestantes com deficiência intelectual do que naquelas sem transtorno, embora se tenha encontrado menor frequência de declaração de religião nas gestantes com deficiência intelectual. Entretanto, não é possível afirmar se a desistência se associou ou não com a declaração de religião em função do método adotado. Seria razoável supor que a desistência do aborto legal tenha refletido, no todo ou grande parte, a decisão do representante legal frente a limitação da autonomia da gestante em se conduzir pelos próprios meios, imposta pela deficiência intelectual.

A maior média de idade gestacional encontrada entre gestantes com deficiência intelectual ($16,2 \pm 5,7$ semanas) do que nas sem transtorno ($12,4 \pm 5,6$ semanas) ($p < 0,001$), também pode colaborar para compreender suas vulnerabilidades intrínsecas frente à violência sexual. Segundo estudo de Blake *et al.*¹⁵, mulheres com deficiência intelectual recorrem ao aborto legal em idades gestacionais mais tardias como resultado de ameaças e obstáculos impostos pela proximidade cotidiana com o agressor aparentado, semelhante aos resultados deste estudo. No entanto, outros elementos devem ser considerados. A percepção da gestação pode ser mais tardia para mulheres mais jovens¹⁷, assim como para as com deficiência intelectual, muitas vezes dependente do reconhecimento da pessoa cuidadora¹⁸. Soma-se a esses fatores a menor autonomia em acessar serviços de saúde sem um responsável que as conduza e as acompanhe¹¹.

A maior média de idade gestacional entre gestantes com deficiência intelectual terminou por determinar maior uso do aborto medicamentoso (55,6% versus 34,2%) ($p=0,003$) para interrupção da gestação. O misoprostol, associado ou não com a mifeprestona, é o método de escolha para o aborto após a 12ª-14ª semana, quando não é mais tecnicamente possível o esvaziamento uterino por aspiração intrauterina ou por dilatação e curetagem^{34,26}.

O aborto medicamentoso em idade gestacional maior do que 12 semanas exige maior tempo de internação hospitalar e maior custo para os sistemas de saúde. Os desconfortos são mais frequentes e incluem dor hipogástrica, sangramento vaginal em quantidade e tempo variável, náuseas, vômitos, diarreia, febre e maior sofrimento emocional³⁴. O risco de complicações aumenta progressivamente a partir do 12 a 14 semanas de idade gestacional, mesmo quando praticado de forma segura,

embora a mortalidade se mostre baixa e menor do que a razão de mortalidade materna⁴⁰. Para mulheres com deficiência intelectual severo o manejo clínico do aborto medicamentoso pode ser mais difícil, devido menor compreensão dos procedimentos e menor possibilidade de colaboração¹⁸.

Como recomendado para estudos observacionais pelo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)⁴¹, reconhecemos os limites deste estudo a partir de amostra de conveniência. A validade externa não permite generalizar os resultados para outros contextos sociais e culturais. As trajetórias das gestantes e os procedimentos legais estão sujeitos a diversidade das legislações para crimes sexuais e aborto em outros países. Os achados deste estudo não podem ser generalizados para casos em que gestantes com deficiência intelectual não revelaram a ocorrência do crime sexual e a gestação foi mantida até o termo. Consideramos que o aspecto documental de mais de 20 anos de atendimentos e o número de casos incluídos representam pontos fortes deste estudo, com evidências que podem contribuir para o aprimoramento de políticas públicas para mulheres portadoras de transtornos intelectuais.

■ CONCLUSÃO

Mulheres com deficiência intelectual e gestação decorrente de violência sexual se mostraram mais vulneráveis a sofrer o crime no espaço doméstico e por agressores com parentesco, com maior envolvimento de setores da segurança pública em etapas prévias ao aborto legal. A severidade da deficiência intelectual contribuiu para limitar a escolaridade e impedir a união conjugal.

■ REFERENCES

1. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet* [Internet]. 2022 Feb 26;399(10327):803–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35182472/>
2. World Health Organization. WHO. Global and regional estimates of violence against women [Internet]. World Health Organization; 2013 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
3. Horner-Johnson W, Drum CE. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* [Internet]. 2006;12(1):57–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16435331/>
4. Oliveira HN de, Machado CJ, Guimarães MDC. Violência verbal contra indivíduos com transtorno mental no Brasil: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2013 Jun;62(2):160–3. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/Cz3GJ6J7XXBTQ6Gdm36VCLv/>
5. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1990;14(3):301–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2207799/>
6. Powers LE, Renker P, Robinson-Whelen S, Oschwald M, Hughes R, Swank P, et al. Interpersonal violence and women with disabilities: analysis of safety promoting behaviors: Analysis of safety promoting behaviors. *Violence Against Women* [Internet]. 2009 Sep;15(9):1040–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19608856/>
7. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2012 Dec 26;7(12): e51740. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23300562/>

Essas mulheres ingressaram para atendimento em idade gestacional mais tardia, o que interferiu na técnica de interrupção da gestação, e apresentaram maior frequência de desistência do aborto legal após sua aprovação. Apesar da ausência de fundamentação legal ou técnica, a recusa de realizar o aborto segundo idade gestacional foi frequente.

Contribuição dos autores

Walkyria Almeida Santana – Concepção do projeto, coleta de dados, interpretação dos resultados e na elaboração do artigo, tendo aprovado sua versão final a ser publicada. Wallacy Milton do Nascimento Feitosa – Interpretação dos resultados e na elaboração do artigo, tendo aprovado sua versão final a ser publicada. Breno Quintella Farah – Interpretação dos resultados e análise estatística, tendo aprovado sua versão final a ser publicada. Flávia Cristina da Silva Araújo Hodroj – Coleta de dados e na elaboração do artigo, tendo aprovado sua versão final a ser publicada. Caio Parente Barbosa – Concepção do projeto e interpretação dos resultados e na elaboração do artigo, tendo aprovado a versão final a ser publicada. Jefferson Drezett – Concepção do projeto, coleta de dados, interpretação dos resultados e na elaboração do artigo, tendo aprovado sua versão final a ser publicada.

Financiamento

Os autores declaram que não receberam financiamento para pesquisa ou publicação deste artigo.

Conflitos de interesses

Os autores não têm conflitos de interesse.

8. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2000 Oct;24(10):1257–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11075694/>
9. Alriksson-Schmidt AI, Armour BS, Thibadeau JK. Are adolescent girls with a physical disability at increased risk for sexual violence? *J Sch Health* [Internet]. 2010 Jul;80(7):361–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20591102/>
10. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. *Ment Retard* [Internet]. 2001 Dec;39(6):461–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11714383>
11. Nosek MA, Foley CC, Hughes RB, Howland CA. Vulnerabilities for Abuse Among Women with Disabilities. *Sex Disabil* [Internet]. 2001;19(3):177–89. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1013152530758>
12. Oschwald M, Leotti S, Raymaker D, Katz M, Goe R, Harviston M, et al. Development of an audio-computer assisted self-interview to investigate violence and health in the lives of adults with developmental disabilities. *Disabil Health J* [Internet]. 2014 Jul;7(3):292–301. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.01.002>
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto N° 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*; 2019. Available from: [Decreto nº 6949 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2009/006/Decreto6949.htm)
14. Maia ACB. Sexuality experience as from report of people with intellectual disability. *Psicol Estud* (Online) [Internet]. 2016 [cited 2024 Aug 29];77–88. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/29480/pdf>
15. 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 Mar 1;8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30901295/>
16. Schäfer JL, Teixeira VA, Fontoura LP da, Castro LC de, Horta RL. Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017 [cited 2024 Aug 29];66(2):96–103. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/WhHRRJqJrMpBFfxzSMbdZHm/?lang=en>
17. Bessa MMM, Drezett J, Adami F, Araújo SDT de, Bezerra IMP, Abreu LC de. Characterization of adolescent pregnancy and legal abortion in situations involving incest or sexual violence by an unknown aggressor. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019 Aug 13;55(8):474. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412605/>
18. Santos LV. Deficiência mental: violência sexual e aborto legal [Internet]. Biblioteca Central da UNB; 2018 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19472>
19. Masson C. Código Penal Comentado [Internet]. 7th ed. Método; 19 fevereiro 2019 [cited 2024 Aug 25].
20. Dos Santos Mutta D, Angerame Yela D. 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>
21. Pimentel RMM, Drezett J, Macedo H Jr, Andreoni S, Silva RS e. Abortion withdrawal of sexual violence pregnancy: the role of the sex offender. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2020 Jun 17;30(2):170–8. Available from: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/10363>
22. Souto RQ, Leite CCDS, França ISX de, Cavalcanti AL. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS: PERFIL DA VÍTIMA E DO AGRESSOR. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 Mar 31;17(1). Available from: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000100010
23. 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 Apr;14(2):87–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18388227/>
24. 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]. 2011 Apr;40(4):226–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21597535>
25. 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. [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>

26. Neto JCG, da Silva Neto AS, De Araújo Neto ZA, de Oliveira Menezes RA. REFLEXÕES SOBRE O BRANQUEAMENTO E BRANQUITUDE NO BRASIL. *Rev Ordem Med* [Internet]. 2023 Jun 22 [cited 2024 Aug 29];3(6):6603–22. Available from: https://www.researchgate.net/publication/371819490_REFLEXOES_SOBRE_O_BRANQUEAMENTO_E_BRANQUITUDE_NO_BRASIL
27. 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>
28. 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: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16905675/>
29. Rogers W, Ballantyne A, Others. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. 2008; Available from: https://www.researchgate.net/publication/250234841_Populacoes_especiais_vulnerabilidade_e_protecao
30. Pedroso D, Juliano Y, 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. *LAJD* [Internet]. 2021;3(3):1455–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.46814/lajdv3n3-035>
31. Vadysinghe AN, Dassanayaka PB, Sivasubramaniam M, Senasinghe DPP, Samaranayake AN, Wickramasinghe WMMHP. A study on sexual violence inflicted on individuals with intellectual developmental disorder. *Disabil Health J* [Internet]. 2017 Jul;10(3):451–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28065419/>
32. Yildirim A, Ozer E, Bozkurt H, Ozsoy S, Enginyurt O, Evcuman D, et al. Evaluation of social and demographic characteristics of incest cases in a university hospital in Turkey. *Med Sci Monit* [Internet]. 2014 Apr 26;20: 693 –7. Available from: <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.890361>
33. Soyulu N, Alpaslan AH, Ayaz M, Esenyel S, Oruç M. Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2013 Dec;34(12):4334–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161460/>
34. 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. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/prevencao-e-tratamento-dos-agravos-resultantes-da-violencia-sexual/>
35. 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. [Internet]. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/aspectos-juridicos-do-atendimento-as-vitimas-de-violencia-sexual/>
36. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: [Abortion care guideline \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/abortion-care-guideline)
37. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Misoprostol only dosing chart (for use only when mifepristone is not available). Recommended regimens 2023. Available from: [FIGO-Miso-Chart-11-2023 FINAL \(1\) \(1\).pdf](https://www.figo.org/misoprostol-only-dosing-chart)
38. ABMES. Resolução CFM Nº 2.378/2024. Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro. *Diário Oficial da União*; 64(1):92. ABMES - Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. [cited 2024 Aug 29]. Available from: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4663/resolucao-cfm-n-2.378>
39. Drezett J, Oliveira R de, Puccia MIR. Religious implications in the positioning and practice of health professionals and students about induced abortion: systematic review. *Hum Reprod Arch* [Internet]. 2022 Jul 15 [cited 2024 Aug 29];37:e000421. Available from: <https://www.humanreproductionarchives.com/article/doi/10.4322/hra.000421>
40. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Apr;103(4):729–37. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/FullText/2004/04000/Risk_Factors_for_Legal_Induced_Abortion_Related.20.aspx
41. Ghaferi AA, Schwartz TA, Pawlik TM. STROBE reporting guidelines for observational studies. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun 1;156(6):577–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33825815/>

Abstract

Introduction: women with intellectual disabilities are particularly vulnerable to sexual violence and its consequences. However, little is known about the pregnancy resulting from this crime and outcomes for these women.

Objective: to compare the characteristics of sexual crime and pregnancy outcomes resulting from sexual violence between women with and without intellectual disabilities.

Methods: cross-sectional study with 1,478 pregnant women due to a sexual crime aged ≥ 14 years who requested a legal abortion, treated at Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brazil, between 1994-2015. A total of 88 pregnancies of women with and 1,390 without intellectual disabilities were compared regarding sociodemographic variables, sexual crime, aggressor, pregnancy and abortion. For statistical analysis, Person's chi-square, adjusted binary logistic regression and Student's t test for independent samples were used, with significant $p < 0.05$ and a 95% Confidence Interval. Research approved by the Pérola Byington Hospital Research Ethics Committee, opinion 1,396,893.

Results: pregnant women with intellectual disabilities had less education than those without (84.1% versus 23.4%) ($p < 0.001$), declared less religion (68.2% versus 85.0%) ($p < 0.001$), and they were not married or in a relationship (96.6% versus 81.1%) ($p < 0.001$). Domestic sexual crime was more frequent (57.8% versus 18.8%) ($p < 0.001$), related aggressor (44.9% versus 11.2%) ($p < 0.001$), referral by public security (80, 7% versus 50.4%) ($p < 0.001$), police report (86.4% versus 65.3%) ($p < 0.001$), and medical-legal examination (83.0% versus 61.5%) ($p < 0.001$). There was no difference in abortion, but in pregnant women with intellectual disabilities, the medical method was more frequent (55.6% versus 34.2%) ($p = 0.03$) due to higher gestational age.

Conclusion: pregnant women with intellectual disorders are more vulnerable to domestic sexual violence perpetrated by related aggressors, with greater involvement of public security, and later seeking abortion.

Keywords: intellectual disability, sexual crimes, violence against women, legal abortion.

©The authors (2025), 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.