

GISLENE CRISTINA VALADARES  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
RENAN ROCHA  
JOEL RENNÓ JR.  
HEWDY LOBO RIBEIRO  
JULIANA PIRES CAVALSAN  
AMAURY CANTILINO  
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO

## ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, PARTE III: GRAVIDEZ PÓS-ESTUPRO – REVISÃO INTEGRATIVA

### CARING FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE, PART III: PREGNANCY AFTER RAPE – INTEGRATIVE REVIEW

#### Resumo

O cuidado às vítimas de violência sexual exige conhecimento das evidências e treinamento. Exame e acompanhamento psiquiátrico da interrupção legal da gestação e atendimento a grupos familiares incestuosos revelam janelas de vulnerabilidades e oportunidades na prevenção das graves consequências dessas ofensas. O objetivo deste estudo foi reunir conhecimento crítico sobre gravidez indesejada pós-estupro, suas repercussões e abordagens, contribuindo para o desenvolvimento de protocolos e boas práticas. Trata-se de revisão integrativa, coleta de dados em fontes secundárias (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO), com base na experiência vivenciada pela primeira autora. Os seguintes descritores nas línguas portuguesa e inglesa foram utilizados: transtorno mental, violência sexual, estupro, gravidez e aborto. A amostra foi de 32 artigos científicos e dois da mídia leiga. Com o adoecimento mental e físico das vítimas de violência sexual, a economia mundial perde mais de 8 trilhões de dólares-ano (hospitalizações psiquiátricas, dependência de álcool e drogas, suicídio, obesidade, enxaqueca, doenças cardiovasculares, problemas obstétricos), havendo maior peso estatístico para portadoras de déficit intelectual e adolescentes. Existem 37 unidades de saúde no Brasil que atendem gravidez pós-estupro – três possuem assistência psiquiátrica. Milhares dessas gravidezes não são reveladas, geram conflitos, riscos e desafios relativos aos filhos gerados. O aborto legal envolve dificuldades institucionais e emocionais dos profissionais e pacientes frente a decisões complexas e dolorosas antes, durante e após o procedimento. A prontidão cognitivo-afetiva

para receber cuidados, quando tardia, compromete a vida de vítimas e seus filhos. Conclui-se que combater e prevenir a transmissão transgeracional da violência de gênero e gravidez pós-estupro deve ser prioridade de saúde pública.

**Palavras-chave:** Violência sexual, gravidez indesejada pós-estupro, aborto, transtorno mental.

#### Abstract

Caring for victims of sexual violence requires knowledge of the evidence available and training. Screening and psychiatric follow-up of legally terminated pregnancies and assistance to incestuous families reveal windows of vulnerabilities and opportunities in preventing the serious consequences of these offenses. The objectives of this study were to gather critical knowledge about unwanted pregnancy after rape, its repercussions and approaches, contributing to the development of protocols and best practices. This was an integrative review, with data collected from secondary sources (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO), based on the first author's experience. The following keywords were used in Portuguese and English: mental disorder, sexual violence, rape, pregnancy, and abortion. The sample comprised 32 scientific articles and two from the lay press. Mental and physical illnesses affecting victims of sexual violence cost the world economy over 8 trillion dollars a year (psychiatric hospitalizations, alcohol and drug addiction, suicide, obesity, migraine, cardiovascular diseases, obstetric problems), with a higher statistical power among women with intellectual disabilities and adolescents. Currently, 37 health units in Brazil offer

<sup>1</sup> Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG; Seção de Saúde Mental da Mulher, WPA; e International Association of Women's Mental Health. <sup>2</sup> Diretor científico, PROPSIQ. Presidente, ABP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. <sup>4</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>5</sup> Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>6</sup> Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <sup>7</sup> Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

assistance to cases of pregnancy after rape – three offer psychiatric assistance. Thousands of these pregnancies are not revealed, generate conflicts, risks, and challenges related to the children born after rape. Legal abortion involves institutional and emotional difficulties for both professionals and patients while facing complex and painful decisions before, during, and after the procedure. Cognitive-affective readiness to receive care, when delayed, compromises the lives of victims and their children. We conclude that combating and preventing transgenerational transmission of gender violence and pregnancy after rape should be a public health priority.

**Keywords:** Sexual violence, unwanted pregnancy after rape, abortion, mental disorder.

## INTRODUÇÃO

O cuidado na atenção às vítimas de violência sexual (VVS) exige dos profissionais de diversas áreas envolvidos (saúde, justiça, assistência social, educação, etc.) conhecimento sobre a gravidade do problema e treinamento que sustente, com evidências, as avaliações, o tratamento e a prevenção desse mal que assola de forma prevalente as relações humanas. A insegurança dos agentes públicos e privados e as dificuldades emocionais, sociais, ideológicas e materiais para a abordagem das VVS ganham notoriedade na mídia e nas publicações científicas, com a participação e crescente protagonismo de mulheres, adolescentes, crianças, homossexuais e transgêneros como pesquisados e pesquisadores.

Observam-se, na prática psiquiátrica cotidiana, evidências insuficientes para abordar a violência de gênero (VG) e a violência sexual (VS), reduzindo seu foco à listagem de sintomas, dificultando a ressignificação dos traumas e a prevenção. A experiência em ambulatório de saúde mental de mulheres examinando VVS que engravidam e necessitam avaliação e acompanhamento psiquiátrico para a interrupção legal da gestação (IG), bem como o atendimento a grupos familiares incestuosos, revelam janelas de vulnerabilidades e oportunidades na prevenção das ofensas sexuais (OS). Estressores diários e sociais somados agravam os sintomas da VVS. O cotidiano de dificuldades materiais, de moradia, desemprego e doenças aparecem associados à forma mórbida como a VS é disseminada na comunidade, nas escolas, nas redes sociais e nas famílias, gerando

juízo, culpabilização e estigmatização das vítimas e justificativas atenuantes ao estupro<sup>1</sup>. Esse contexto contribui para o adoecimento e deterioração psíquica das VVS e também para a subnotificação, sendo que o registro desse crime ocorre apenas em 35% dos casos nos EUA, 15% na Austrália em 2010, e somente 7,5% no Brasil, onde 10% são notificados apenas via sistema de saúde, sem alcançar a esfera judicial. Estima-se que, no mínimo, 527 mil pessoas sejam estupradas por ano no país. Foram registrados judicialmente 47.646 estupros no Brasil em 2014, e pelos dados da saúde, temos uma vítima por minuto dessa barbárie<sup>2</sup>. Não é sem fundamento que 67% da população das grandes cidades brasileiras têm medo de ser VVS, e 90% das mulheres temem ser violentadas sexualmente<sup>3</sup>.

## OBJETIVOS

O objetivo deste artigo foi reunir o conhecimento e pensamento crítico sobre o tema da gravidez indesejada pós-estupro (GIPE), suas repercussões e abordagens, e contribuir para o desenvolvimento de protocolos e procedimentos apoiados nas boas práticas e nas evidências em OS e GIPE.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa<sup>4</sup>, com coleta de dados a partir de fontes secundárias, incluindo levantamento bibliográfico (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO), e baseada na experiência vivenciada pela primeira autora. Foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa e na língua inglesa: transtorno mental, violência sexual, estupro, gravidez e aborto.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês nos últimos 10 anos; e artigos na íntegra referentes aos cuidados com vítimas de OS que engravidam. A síntese dos dados foi elaborada de forma descritiva, buscando observar, relatar, descrever e classificar as informações.

## RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi constituída por 32 artigos científicos e dois artigos da mídia leiga, seguindo critérios de inclusão previamente estabelecidos. Percebe-se um aumento no número de artigos científicos

**GISLENE CRISTINA VALADARES  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
RENAN ROCHA  
JOEL RENNÓ JR.  
HEWDY LOBO RIBEIRO  
JULIANA PIRES CAVALSAN  
AMAURY CANTILINO  
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO**

publicados sobre o tema em foco nos últimos anos nas disciplinas de saúde, justiça, sociologia e a perspectiva de construção de uma metodologia de pesquisa e prática baseada em evidências.

### *Violência sexual e transtornos mentais*

A VS é bastante prevalente; 40% das mulheres sofreram ou sofrerão uma OS ao longo de sua vida<sup>5</sup>. A VS é questão de saúde pública em todo o mundo, e o estupro, uma das mais perversas apresentações da VG, com impacto no desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas graves e incapacitantes, elevando a maior utilização dos serviços de saúde. A VG independe de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social da vítima e do ofensor, e é responsável por 1 em cada 5 anos potenciais de vida saudável perdidos, afetando o bem-estar, segurança, possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal. Historicamente, a VS acompanha outras formas de violação dos direitos femininos: diferença de remuneração em relação aos homens, agravando a injustiça na distribuição de renda; tratamento desumano nos serviços de justiça e saúde; assédio sexual e moral nas ruas, no trabalho, no convívio social e virtual. Esses constrangimentos contra a mulher e sua invisibilidade custam à economia mundial mais de US\$ 8 trilhões por ano<sup>6</sup>. A inter-relação entre OS precoce, posterior risco de VG e transtornos mentais vem sendo descrita, apesar de ser complexo o mapeamento de dados retrospectivos, factíveis de equívocos no sequenciamento dos fatos, e da dificuldade no reconhecimento pois vários tipos de ofensa podem ocorrer ao mesmo tempo, especialmente em ambiente familiar onde o ofensor pode alienar a vítima ativa ou passivamente<sup>7</sup>. Em função da transmissão transgeracional da violência, nota-se que crianças expostas têm grande chance de ofenderem ou serem ofendidas e violentadas sexualmente em sua vida adulta. As mulheres que relataram qualquer trauma não sexual na infância apresentaram maior prevalência de VG ao longo da vida<sup>8</sup>.

Mulheres que sofreram OS com penetração apresentam mais do dobro de probabilidade de serem obesas (em média 11 kg a mais se vítimas de OS e abuso físico), três vezes mais chances de sofrer distúrbios mentais com necessidade de hospitalização, quatro vezes mais chances de depender de álcool,

cinco vezes mais risco de depender de drogas e mais de seis vezes a probabilidade de tentar suicídio<sup>9</sup>. As VVS também tiveram aumento de 38% em chance de sofrer enxaquecas, de forma quantitativamente dependente ao número de abusos, se comparadas a controles<sup>10,11</sup>. Demonstrou-se que as portadoras de déficit intelectual estão mais expostas à violência de gênero, com incapacitação mais severa e pior qualidade de vida<sup>7</sup>.

Os abusos físicos e sexuais precoces no gênero feminino estão relacionados à comorbidade de transtornos de ansiedade e depressivos com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)<sup>12</sup>.

Já o início mais precoce de trauma infantil por abuso emocional, sexual ou negligência estão vinculados a tentativas de suicídio, ciclagem rápida e maior número de episódios depressivos no transtorno bipolar<sup>13</sup>. Pacientes psicóticos de início precoce e história de trauma sexual na infância apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos, sintomas positivos, negativos e maniformes *versus* pacientes com trauma em idade avançada que mostraram apenas mais sintomas negativos. Esses resultados sugerem que a idade no momento da exposição ao trauma tem um efeito modulador sobre os sintomas nesses pacientes<sup>14</sup>.

Há insuficiência de evidências associando OS ao diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno somatoforme<sup>15</sup>.

As mulheres portadoras de doenças psiquiátricas graves e crônicas são parte do grupo de alta vulnerabilidade para VS. Tais pacientes, por não se conscientizarem da gestação, podem apresentar risco de infanticídio logo após o parto, sem emoção ou culpa, pois os fetos não são inscritos na psique materna, não existindo para elas. Alguns desses casos podem ser inimputáveis e aparecem na mídia provocando comoção pública.

### *A gravidez indesejada pós-estupro (GIPE)*

Mesmo na atualidade, existem crianças concebidas sem a consciência das mães e não porque elas esqueceram seu contraceptivo. A GIPE é um risco, junto a doenças sexualmente transmissíveis (DST), caso a mulher não seja adequadamente assistida nas 72 horas após esse flagelo. Desde agosto de 2013, a lei nº 12.845, sancionada pela então presidente Dilma Rousseff, garante direito

<sup>1</sup> Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG; Seção de Saúde Mental da Mulher, WPA; e International Association of Women's Mental Health. <sup>2</sup> Diretor científico, PROPSIQ. Presidente, ABP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. <sup>4</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>5</sup> Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>6</sup> Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE, Recife, PE. <sup>7</sup> Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

de atendimento emergencial, integral e multidisciplinar nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) às mulheres VVS, bem como àquelas em risco de morte por complicações perinatais ou gerando fetos anencefálicos, que desejam abortar<sup>16</sup>.

No Brasil, temos 68 hospitais que dispensam esse procedimento, segundo o Ministério da Saúde, porém apenas 37 estão em atividade e não contam com nenhuma expansão ou atualização qualificada dos profissionais envolvidos há 10 anos. Apenas três serviços possuem assistência psiquiátrica às vítimas. Em sete estados brasileiros, não há essa infraestrutura. Alguns centros de atendimento fazem exigências ilegais, como boletim de ocorrência, exame de corpo de delito médico legal ou aprovação de cada caso em comitê de ética da instituição<sup>16</sup>. O acesso também é dificultado por pouca informação das mulheres e dos profissionais de saúde (PS) sobre os direitos da VVS.

A GIPE deve ser tratada de forma diferenciada, de acordo com a história pessoal, com as circunstâncias do estupro e a capacidade de resiliência da vítima, pois algumas mulheres encontrarão no filho gerado um motivo para viver, enquanto outras enxergarão no bebê a figura do estuprador, revivescência viva e contínua do trauma. Estas últimas buscam a interrupção da gravidez (IG) por vias legais ou ilegais e, quando não conseguem abortar, são mais propensas a doar o bebê logo após o nascimento, para serem criados em uma família onde o fantasma do agressor não se revele através da criança. Uma minoria de mulheres aceita que a criança não tem responsabilidade e evoca um sentimento materno que as desvia dos horrores vividos, permitindo um exorcismo da culpa inconsciente, ligada às situações de VS.

A gravidez resultante de incesto e pedofilia pode ocorrer até mesmo em meninas pubescentes, imaturas para elaborar o significado emocional da GIPE. Nessa circunstância, existe modificação nos padrões de filiação, quando a figura do ofensor está superposta à do pai ou irmão. Essas mulheres têm que enfrentar a transgressão de uma lei fundamental e estruturante da sociedade e são oprimidas pelo estigma e por um discurso ambivalente, sustentado por sua mãe, que se manteve em silêncio, impondo uma sensação de abandono e culpa à grávida. Um dos motivos de poucas denúncias do fato à justiça é “não poder trair os laços

familiares”, mesmo quando definições e limites foram abandonados<sup>17,18</sup>. Há poucos dados sobre crianças geradas de estupro, mas sabemos que houve mais de 10.000 durante o genocídio da guerra em Ruanda<sup>19</sup>. Como nos conflitos entre grupos de traficantes no Brasil, o estupro, coletivo ou não, se utiliza como instrumento de dominação em áreas de disputa.

Existem milhares de GIPE não reveladas por ano, devido aos sentimentos de vergonha e medo das repercussões, permanecendo o desafio de conhecer como estas mães criam seus filhos. As crianças são, em sua maioria, mornamente recebidas, mesmo com a imensa capacidade de sedução dos bebês direcionada a obliterar a culpa por não terem sido desejados. Uma postura reativa, superindependente e autossuficiente dessas crianças pode levá-las a um aprisionamento afetivo de difícil saída, e sua psique pode ser irreversivelmente moldada após viver diversas formas de violência precoce e intrafamiliar. A adoção de mecanismos de defesa perversos pode levá-las à marginalização e delinquência. Essas crianças sobrevivem com a dificuldade ou a impossibilidade de pensarem sobre si mesmas em seu real lugar na sociedade.

Cada gravidez tem sua história e um desdobramento. A criança confronta seu destino com deficiências de variados portes, e seu desenvolvimento depende principalmente da qualidade afetiva dos pais e do suporte pelo meio social e familiar que acolhe e acompanha o seu desenvolvimento<sup>17,18</sup>.

Com a decisão de manter a GIPE, por escolha própria, medo, culpa ou falta de opção, algumas VVS desenvolvem pensamentos e sentimentos de que os bebês são sua força para uma vida melhor, mas durante o parto podem reviver o trauma, reativando as lembranças e a dissociação. Essas vítimas podem manter atitude de distância e dificuldade na ligação emocional com o filho; têm que cuidar de uma criança enquanto se refazem do trauma de terem sido violentadas e podem sofrer de TEPT com provável agravamento e cronificação. Há relatos de contínua oscilação e ambivalência entre rejeitar e aceitar a criança. A amamentação pode também ser traumática por lembrar detalhes do estupro, porém outras mulheres, ao amamentarem, podem desenvolver uma visão positiva de seu corpo, auxiliando a ligação com o bebê. Certas

**GISLENE CRISTINA VALADARES**  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
**RENAN ROCHA**  
**JOEL RENNÓ JR.**  
**HEWDY LOBO RIBEIRO**  
**JULIANA PIRES CAVALSAN**  
**AMAURY CANTILINO**  
**JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO**

mães relatam desconforto ao dar banho ou trocar as fraldas do neonato, ao limpar os genitais de meninas ou ao perceber que seu filho tem uma ereção; não conseguem olhar ou tocar o bebê, prejudicando inclusive a higiene. A dificuldade em tocar amorosamente a criança é um *continuum* com outras formas de demonstrar afeto<sup>19</sup>.

Medo e sentimentos de descontrole durante a gravidez, parto e pós-parto podem também conectar a VVS a experiências precoces de violência. Memórias traumáticas reveladas e ressignificadas diminuem a autoacusação e o senso de violação, abrindo perspectiva para um reencontro interno e externo com figuras amorosas, atenuando a ambivalência e permitindo compartilhar a experiência com alguém de sua confiança. A mãe necessita transpor a visão do bebê como parte estragada de si e ver-se como mãe da criança que ela optou por amar e proteger<sup>17,18</sup>. São frequentes os problemas obstétricos relacionados ao estresse durante o trabalho de parto e ao nascimento do bebê como o prolongamento do primeiro estágio, sangramento no pré-parto e uso emergencial de fórceps em mulheres expostas a VS, com leve aumento deste risco nas adolescentes<sup>20</sup>. A representação materna da criança pode estar enormemente comprometida. Grande parte dos efeitos psicológicos, sociais e culturais do estupro repercute na díade mãe-bebê, incluindo raiva e vergonha, alicerces para que a violência permaneça encoberta como “proteção” para mãe e criança. A mãe pode se defender reagindo à criança rejeitando-a, tentando descontar nela sua dor e humilhação, tornando-se depressiva e hiperreativa, não suportando o choro, deixando de lado as necessidades básicas do filho, sentidas como demandas de um homem adulto.

As mulheres com convicções religiosas e suporte familiar têm maior possibilidade de aceitar a gestação e a criança, e algumas dizem não admitir revitimizá-la. Algumas poucas sentem que não interromper a gestação é curar a sua ferida interna, recomeçar a vida, e persistir com a gestação significa uma vitória sobre o estupro, possibilidade de recuperação da autoestima perdida, um ato de coragem e generosidade<sup>17,18</sup>. Entretanto, algumas VVS desejam firmemente a IG ou a doação do bebê e evitam qualquer laço emocional. Essas vítimas não desejam ver o ultrassom, ouvir os batimentos cardíofetais ou olhar o recém-nascido

logo após o parto<sup>17,19</sup>. Assim, com frequência, sentem que nada de bom sairá de seus corpos, enfrentam profundos conflitos, tendem ao uso de drogas, à prostituição, e não buscam cuidados pré-natais. Diante de tamanhas dificuldades e ambivalências, a opção da mulher VVS deve ser respeitada e sua escolha apoiada, de acordo com a ética e a legislação, sendo o suporte e aconselhamento livres de julgamento, fundamentais para esclarecer suas dúvidas e temores.

### *Interrupção da gravidez*

Há elevada prevalência de abortos legais e ilegais em culturas que convivem de forma naturalizada com a violência contra mulheres. A VS é a principal causa de IG, seguida, à distância, pelo risco de morte materna e malformação fetal<sup>21</sup>. A indicação de IG, assim como o seu contexto e as práticas clínicas relacionadas a ela necessitam de mais estudos sistemáticos.

Muitas mulheres quando engravidam nessa circunstância desejam a morte para si e para seu filho. Pensar ou olhar a criança pode ser muito doloroso, pelas lembranças do perpetrador e de si própria enquanto vítima, o que constrói projeções negativas quanto ao bebê, visto como quem a pune ou “emissário do demônio”<sup>22</sup>.

Várias dificuldades da VVS e dos serviços podem promover atrasos na busca e no atendimento, chegando mesmo a inviabilizar a realização do procedimento.

A decisão sobre a IG é geralmente tomada antes ou próxima ao teste de gravidez para a maioria das VVS, que, numa corrida contra o tempo, sob tensão do trauma, insegurança, vergonha, humilhação e indignação, encontram-se num momento de fragilidade para decidir. Algumas vítimas relacionam a decisão a outras razões, como separação do parceiro agressor, dúvidas, etc., e quando o suporte de familiares e amigos não é possível, o acolhimento pelo profissional do serviço de saúde deve ser respeitoso e sem julgamento moral.

É sempre difícil falar, e o desejo de “se livrar de tudo, esquecer e seguir a vida” desponta às entrevistas: “Só falo sobre isso porque preciso fazer a IG”, “Sempre critiquei quem aborta e nunca me perguntei por que uma mulher tomaria essa decisão”.

Apenas 20% dos serviços utilizam protocolos para a provisão de cuidados e análise de dados. Países que

<sup>1</sup> Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG; Seção de Saúde Mental da Mulher, WPA; e International Association of Women's Mental Health. <sup>2</sup> Diretor científico, PROPSIQ. Presidente, ABP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. <sup>4</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>5</sup> Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>6</sup> Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <sup>7</sup> Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

adotam protocolos incluem avaliação psicológica e psiquiátrica das mulheres que demandam a IG. No Brasil, apenas três serviços contam com a presença da psiquiatria no fluxo de atendimentos das pacientes. Em 50% dos países onde o aborto não é criminalizado, existe o rastreio de rotina de VS como causa de gestação não desejada, devido à sua alta prevalência, e isso amplia o foco dos cuidados após a IG<sup>21</sup>.

Serviços prestadores de IG legal devem oferecer suporte multiprofissional, integrando as necessidades e pontos de vista das mulheres atendidas, inclusive sobre o melhor momento para o uso das fontes de apoio, cuidados clínicos e psicossociais<sup>22-24</sup>.

Algumas mulheres que demandam IG apresentam elevados níveis de angústia psíquica antes do procedimento e níveis significativamente reduzidos após o mesmo<sup>19,21</sup>. Ambas as experiências emocionais, positivas e negativas, são ligadas ao aborto. Sentimentos complexos de ser “solitariamente responsável pela escolha e por sua fertilidade, por tirar uma vida”, de ser “responsável por evitar vida de sofrimento para um ser indesejado” e “por sua própria vida pós IG” são expressos por mulheres jovens em situação de aborto, em etapas iniciais da gravidez<sup>25-27</sup>. Elas têm preocupações sobre o tempo de espera para o procedimento, aspectos emocionais durante o processo, insegurança com o ambiente hospitalar e cuidados e relatam pensamentos e reflexões existenciais sobre a vida, a morte e a moralidade<sup>22,24</sup>. Informações sobre o que esperar durante o processo de aborto permite que as pacientes se sintam partícipes valorizadas nas etapas da IG.

Andersson et al. desenvolveram um estudo sistematizado, qualitativo e esclarecedor sobre as experiências, sentimentos e pensamentos da mulher que se submete à IG no segundo trimestre. Encontraram mulheres que consideraram o feto como uma criança, desde o início da gestação, necessitando auxílio profissional com atitude empática para que estas VVS se sentissem seguras durante a IG<sup>28</sup>. Algumas mulheres buscam mais informação e apoio em quem já viveu esse dilema do que junto aos profissionais dos serviços de saúde. São recentes os *websites* que esclarecem e fomentam discussão sobre os efeitos do estupro, orientam o que fazer em caso de VS e GIPE, auxiliam a pensar sobre manter ou não a gestação, sobre a IG legal

e também sobre como é cuidar e educar uma criança concebida através de estupro.

#### *Sentir e pensar: aspectos emocionais da interrupção da GIPE*

Quanto mais adiantada a gestação, mais fortes e conflitantes são as emoções, independente do motivo da IG. O pensamento racional costuma ofuscar os sentimentos difíceis, e a participação dos profissionais de saúde mental, sensíveis às necessidades das vítimas, pode facilitar a elaboração e ampliação de perspectivas para elas.

Antes e depois do aborto, são expressos sentimentos positivos e negativos de tristeza, libertação, culpa, medo, desrealização, alegria, dor, vergonha, nojo, ambivalência, responsabilidade, pânico, vazio, respeito, angústia, desespero, luto, raiva, abandono, alívio, desvalia, maturidade, perplexidade. Por não ser frequente a demonstração de indiferença, podemos constatar o nível de ambivalência presente nesse momento e a importância do apoio multiprofissional do serviço de saúde, somado ao amparo de uma pessoa amiga ou parente para transformar preocupações sobre algo desconhecido em sentimentos de gestão de uma experiência nova e extremamente difícil.

Poucos estudos têm abordado a opção por visualizar ou não as imagens do ultrassom antes da IG inicial e no segundo trimestre. Antes e depois do aborto, a maioria das mulheres não quer ver o feto ou não sabe se gostaria de vê-lo. Elas temem que a visualização cause mais dor, problemas mentais futuros e evitam pensar sobre o conceito. Em alguns estados americanos, há a obrigatoriedade de mostrar as imagens ultrassonográficas e os batimentos cardíacos como estratégia para inibir a opção das VVS pela IG. Nenhuma orientação específica ou recomendação a respeito da visualização do feto após um aborto induzido por GIPE existe, gerando preocupação entre profissionais sobre como lidar com mulheres que desejam ver o feto após a expulsão. As equipes receiam aumentar o risco de TEPT e de suicídio entre as VVS submetidas a aborto no segundo trimestre, cuja procura tardia aumenta as complicações e instiga apreensão<sup>21,28</sup>. Perguntas, raramente feitas, sobre os pensamentos, sentimentos e desejo de visualização do feto através de exames objetivam ampliar a participação

**GISLENE CRISTINA VALADARES  
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA  
RENAN ROCHA  
JOEL RENNÓ JR.  
HEWDY LOBO RIBEIRO  
JULIANA PIRES CAVALSAN  
AMAURY CANTILINO  
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO**

e compreensão das VVS durante o processo, desde a decisão até o cuidado pós-aborto.

A razão subjacente real para o aborto nem sempre é revelada à equipe, portanto, é importante ter a mente aberta às necessidades e desejos das VVS<sup>27,29</sup>. Uma atitude compreensiva e ausente de julgamento tem grande impacto tranquilizador no enfrentamento pelas mulheres da IG por GIPE.

Experiência de partos e abortos anteriores parece influenciar a dor durante o aborto, mesmo quando percebida como algo novo e diferente de qualquer experiência prévia. Mulheres com GIPE são focadas na dor física e têm medos antecipados de sangramento e morte, enquanto as mulheres com anomalias fetais se concentram mais na dor mental<sup>28</sup>. Após a IG, o alívio é a impressão dominante e se expressa com maior frequência do que a culpa. Gerenciar e superar algo emocional e fisicamente desafiador contribui para deslocar o foco de sentimentos como a mágoa e indica a importância de proporcionar oportunidades de elaboração individual, independentemente da causa do aborto, como o fim de uma etapa e da gravidez em si.

Observa-se uma tendência das mulheres a se preocuparem mais com o feto, parceiro, filhos e familiares do que consigo mesmas; nem todas desejam incluir seu parceiro ou familiar no processo, para não sobrecarregá-los, e mesmo as bem jovens muitas vezes escolhem ficar sozinhas durante o aborto.

A dor física e mental vivida é descrita como especialmente difícil. Dores físicas de forte intensidade, coincidindo com a expulsão do feto e que, comparadas às dores menstruais, de trabalho de parto ou de aborto espontâneo ou induzido anterior, são avaliadas como “muito pior do que o esperado”, especialmente para as nulíparas e mesmo com o uso de opioide para reduzir e encurtar o pico doloroso. A dor emocional foi considerada pior do que a física. Sobreviver a complicações, sangramento e dor traz uma sensação de fortaleza e segurança, denotando capacidade de lidar com o medo da morte e com a IG. Para algumas mulheres, é importante sentir que a decisão foi sua, própria e independente da opinião de outros, mesmo sendo emocionalmente difícil. O fato de focar em gerir a situação, admitindo que as coisas difíceis não podem ser evitadas, que têm que ser vividas, faz emergir um

poder, de dentro de si mesmas, que ajuda a atravessar o período do aborto. A maioria das mulheres aprecia ter um parente ou amigo presente durante o processo; entretanto, outras escolhem ter tempo para reflexão e reparar sua integridade sozinha.

Mulheres que recebem acompanhamento psíquico e podem falar sobre o aborto apreciam esse cuidado. Algumas VVS são surpreendidas pela memória global do aborto ser positiva, sem sentimentos negativos e de culpa consistentes, visto não ser o aborto em si um preditor estatisticamente significativo de ansiedade posterior, transtornos de humor, transtorno de controle de impulso, transtornos alimentares ou ideação suicida<sup>30,31</sup>.

### *Os profissionais de saúde e o aborto*

Os profissionais dos serviços de saúde habilitados a atenção de VVS que fazem IG de forma legal têm sido objeto de poucos estudos, em comparação à extensa literatura sobre os aspectos médicos do aborto. A investigação de seus pontos de vista, experiências de trabalho e sua visão de futuro profissional demonstra que ginecologistas, enfermeiros, parteiras, psiquiatras e assistentes sociais não duvidam da importância de sua participação nesse processo, apesar de experimentarem situações complexas e difíceis, como repetição e abortos tardios, conflitos morais e éticos, ameaças e hostilidade por parte de pacientes e colegas. Experimentam seu trabalho como paradoxal e frustrante, mas também como estimulante e gratificante, de forma similar às mulheres quando necessitam submeter-se à IG. Ressalta-se a rara oferta de orientação, supervisão e educação continuada profissional. A interação entre os profissionais dos serviços de saúde, quando fundamentada em confiança recíproca, alivia a carga de responsabilidades. Observamos necessidade de fóruns de debate e reflexão, devido inclusive ao progressivo número de abortos realizados medicamente e maior probabilidade futura de abortos domiciliares com parteiras e enfermeiras<sup>32</sup>. A solidão declarada por membros das equipes de policiais civis, militares, das delegacias de infância e adolescência e delegacias de mulheres repete a solidão dos ginecologistas obstetras, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras nos serviços de saúde e apontam a necessidade de

<sup>1</sup> Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG; Seção de Saúde Mental da Mulher, WPA; e International Association of Women's Mental Health. <sup>2</sup> Diretor científico, PROPSIQ. Presidente, ABP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. <sup>4</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>5</sup> Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>6</sup> Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. <sup>7</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE, Recife, PE. <sup>7</sup> Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

melhor integração, preparo e suporte psicoemocional e legal para os que cuidam das mulheres nessa difícil situação.

### DISCUSSÃO FINAL

Quarenta por cento das mulheres do mundo vivem em países com leis restritivas ao aborto, que o proibem ou só o permitem para proteger a vida da mulher ou sua saúde física ou mental. Nesses países, as VVS têm de recorrer a intervenções clandestinas a fim ter a gravidez indesejada encerrada, emergindo as consequentes taxas elevadas de abortos inseguros, com um número estimado de mortalidade materna de 70.000 por ano em 2014, sem quantificação para as consequências nocivas e complexas à saúde física, mental e sexual de curto e longo prazo<sup>32-34</sup>.

A gravidade das sequelas da VS depende do tipo de assistência recebido<sup>21</sup>, do contexto do estupro, da GIPE, das condições psicossociais e culturais da VVS, da experiência da mulher em lidar com essa situação e seus desdobramentos, dos suportes internos e externos com os quais pode contar e dos eventos de vida subsequentes. Diversos contextos e condições podem estar intrinsecamente relacionados à família (como violência pelo parceiro íntimo ou incesto) e à comunidade (*date rape* com ou sem uso de drogas e álcool, estupro por pessoa conhecida ou namorado, estupro de trabalhadoras do sexo por clientes, estupro de moradoras de rua, estupro durante inconsciência ou uso de drogas lícitas ou ilícitas, durante internação psiquiátrica, em rituais ou cultos, durante guerras civis, em prisões, como limpeza étnica, como tortura, por integrantes de grupos pacificadores, em campos de refugiados, exilados, pós-desastres naturais, etc.). Em todas as situações, as mulheres carregam o isolamento, o sentimento de perda e a culpa por sobreviverem além do trauma do estupro.

O uso de serviços de aconselhamento e planejamento familiar pós-aborto é encorajador, mas ainda inconclusivo em relação à sua efetividade isolada, necessitando ser melhor explorado<sup>30,31</sup>. A prevenção de outra GIPE e da revitimização por exposição naturalizada às diversas formas de violência nos faz questionar o alcance de uma única abordagem ou sequência de intervenções para atingir as necessidades dessa população. As

intervenções necessitam priorizar a atenção de acordo com a necessidade individual de cada VVS, promovendo seu empoderamento, auxiliando sua consciência crítica, sua independência e liberdade, durante o cuidado de suas feridas físicas e psíquicas.

Há pouco na literatura sobre tratamentos psicoterápicos individuais ou de grupo para as VVS que optaram por manter a GIPE, comparadas às que optaram pela IG. Observamos que as pacientes abandonam precocemente a psicoterapia, elegem outros aspectos da vida como emergentes e mais desafiadores, porém retornam sem elaboração adequada ao seu ambiente. Apesar da função crucial do profissional de saúde mental ser reduzir a intensa projeção sobre a relação dessas vítimas consigo e com seus filhos e parceiros, muitas mulheres irão procurar atendimento mais tarde e com filhos portadores de variados problemas psiquiátricos, dificultando a explicitação da origem desses transtornos mentais em uma GIPE anterior. Deparamo-nos extemporaneamente com padrões de ligação materno-filial infantilizados, com a representação confusa do pai e com fraco desenvolvimento de uma autoestima positiva na diáde mãe-filho.

Focando na prática clínica e no desenvolvimento de políticas de saúde, salientamos a importância de serviços de suporte à mulher vítima de estupro, às equipes hospitalares e ambulatoriais e serviços de saúde mental interligados, de forma a facilitar à mulher, e eventualmente aos seus filhos, segurança para buscar e receber tratamento adequado e efetivo.

Salvaguardar o direito das mulheres de viver sem violência assegura proteção à sua saúde mental e ao seu bem-estar, assim como de seus filhos. Proteger as crianças de testemunhar ou experimentar VG deve ser uma prioridade de saúde pública, prevenindo VS e GIPE no futuro.

Artigo submetido em 09/05/2016, aceito em 19/07/2016. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Dra. Gislene Cristina Valadares, Rua do Ouro, 686, Serra, CEP 30220-000, Belo Horizonte, MG. Tel.: (31) 3223.2389. E-mail :gislenev@terra.com.br

**GISLENE CRISTINA VALADARES**  
**ANTÔNIO GERALDO DA SILVA**  
**RENAN ROCHA**  
**JOEL RENNÓ JR.**  
**HEWDY LOBO RIBEIRO**  
**JULIANA PIRES CAVALSAN**  
**AMAURY CANTILINO**  
**JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO**

## Referências

1. Verelst A, De Schryver M, De Haene L, Broekaert E, Derluyn I. The mediating role of stigmatization in the mental health of adolescent victims of sexual violence in Eastern Congo. *Child Abuse Negl.* 2014;38:1139-46.
2. Bueno S, Cerqueira DRC, Lima RS. Crimes contra a liberdade sexual, estupro. In: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública; 2015. p. 6, 7, 36, 48.
3. Mariz R. Exigências fora da lei dificultam acesso a aborto após estupro, diz pesquisa [Internet]. O Globo. 2016 Jul 06 [cited 2016 Dec 29]. [oglobo.globo.com/sociedade/saude/exigencias-fora-da-lei-dificultam-acesso-aborto-apos-estupro-diz-pesquisa-16666374#ixzz47RxA2lQT](http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/exigencias-fora-da-lei-dificultam-acesso-aborto-apos-estupro-diz-pesquisa-16666374#ixzz47RxA2lQT) © 1996 - 2016
4. de Souza MT, da Silva MD, de Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8:102-6.
5. Diniz D. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ; 2008.
6. Doyle A. Violence at home costs \$8 trillion a year, worse than war – study [Internet]. Reuters. 2014 Sep 09 [cited 2016 Dec 29]. [news.trust.org//item/20140909124726-66gkk](http://news.trust.org//item/20140909124726-66gkk)
7. Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA.* 2011;306:513-21.
8. van Rosmalen-Nooijens, Sylvie H, Wong SH, Lagro-Janssen AL. Gender-based violence in women and mental disorders; *JAMA.* 2011;306:1862.
9. McCarthy-Jones S, McCarthy-Jones R. Body mass index and anxiety/depression as mediators of the effects of child sexual and physical abuse on physical health disorders in women; *Child Abuse Negl.* 2014;38:2007-20.
10. Gelaye B, Do N, Avila S, Carlos Velez J, Zhong QY, Sanchez SE, et al. Childhood abuse, intimate partner violence and risk of migraine among pregnant women: an epidemiologic study. *Headache.* 2016;56:976-86.
11. Tripodi SJ, Pettus-Davis C. Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. *Int J Law Psychiatry.* 2013;36:30-40.
12. Spinhoven P, Penninx BW, van Hemert AM, de Rooij M, Elzinga BM. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors. *Child Abuse Negl.* 2014;38:1320-30.
13. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:991-8.
14. Alameda L, Golay P, Baumann PS, Ferrari C, Do KQ, Conus P. Age at the time of exposure to trauma modulates the psychopathological profile in patients with early psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2016;77:e612-8.
15. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85:618-29.
16. Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil - a national study. *Cien Saude Colet.* 2016;21:563-72.
17. Szejer M. Rape, incest and denials of pregnancy: unintended pregnancies. In: Tyrano S, Keren M, Herrman H, Cox J. *Parenthood and mental health a bridge between infant and adult psychiatry.* Oxford: John Willey & Sons; 2010. p. 63-6.
18. Salo FT. Parenting an infant born of rape. In: Tyrano S, Keren M, Herrman H, Cox J (editors). *Parenthood and mental health, a bridge between infant and adult psychiatry.* 2010. p. 289-99.
19. Scott J, Rouhani S, Greiner A, Albutt K, Kuwert P, Hacker MR, et al. Respondent-driven sampling to assess mental health outcomes, stigma and acceptance among women raising children born from sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo. *BMJ Open.* 2015;5:e007057.
20. Gisladdottir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL, Gudmundsdottir B, Jonsdottir E, Bjarnadottir

<sup>1</sup> Membro fundadora, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG; Seção de Saúde Mental da Mulher, WPA; e International Association of Women's Mental Health. <sup>2</sup> Diretor científico, PROPSIQ. Presidente, ABP. <sup>3</sup> Coordenador, Serviço de Saúde Mental da Mulher, Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC. <sup>4</sup> Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (Pro-Mulher), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>5</sup> Psiquiatra, Pro-Mulher, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. <sup>6</sup> Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE, Recife, PE. <sup>7</sup> Especialista em Psiquiatria pela ABP. Pesquisador, Grupo de Psiquiatria - Transtornos Relacionados ao Puerpério, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

- RI, et al. Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *PLoS One*. 2016;11:e0150726.
21. Perry R, Murphyk M, Rankin K, Cowett A, Haider S, Harwood B. "One problem became another": a mixed -methods study of identification of and care for patients seeking abortion after sexual assault. *Contraception*. 2014;90:309.
  22. Rouhani SA, Scott J, Burkhardt G, Onyango MA, Haider S, Greiner A, et al. A quantitative assessment of sexual violence related pregnancy termination in eastern Democratic Republic of Congo. *Confl Health*. 2016;10:9.
  23. Vandamme J, Wyverkens E, Buysse A, Vrancken C, Brondeel R. Pre-abortion counseling from women's point of view. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18:309-18.
  24. Brown S. Is counseling necessary? Making the decision to have an abortion. A qualitative interview study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18:44-8.
  25. Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TV. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2014;48:29-35.
  26. Beja V, Leal I. Abortion counselling according to health care providers: a qualitative study in the Lisbon metropolitan area, Portugal; *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:326-35.
  27. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. *Obstet Gynecol*. 2014;123:263-70.
  28. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One*. 2014;9:e115957.
  29. Lindström M, Wulff M, Dahlgren L, Lalos A. Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses; *Scand J Caring Sci*. 2011;25:542-8.
  30. Rasch V. Unsafe abortion and postabortion care - an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90:692-700.
  31. Tripney J, Kwan I, Bird KS. Post abortion family planning counseling and services for women in low-income countries: a systematic review. *Contraception*. 2013;87:17-25.
  32. Dundar B, Dilbaz B, Karadag B. Comparison of the effects of voluntary termination of pregnancy and uterine evacuation for medical reasons on female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;199:11-5.
  33. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute GG, Nonnenmacher D, Lucia MCS, Francisco RPV. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Femina*. 2012;40:67.
  34. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31:1149-58.