

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA

ABORTAMENTO LEGAL Guideline

COMISSÃO DE ABORTAMENTO LEGAL

Avelar de Holanda Barbosa
Celeste Reggiani
Jefferson Drezett
Jorge Andalaft Neto

APRESENTAÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o abortamento inseguro representa um problema de saúde pública em todo mundo, particularmente mais grave para os países em desenvolvimento e para aqueles que mantêm leis restritivas que proíbem sua prática. No Brasil, o abortamento é crime tipificado pelo Código Penal brasileiro, com exceção das situações previstas pelos incisos I e II do artigo 128, que estabelece, desde 1940, o direito ao abortamento em casos de gravidez decorrente estupro (abortamento sentimental), ou quando há risco de morte para a gestante (abortamento necessário). Mais recentemente, como consequência da incontestável evolução da propedêutica fetal, o Poder Judiciário passou a conceder autorização para o abortamento em casos de gestações com anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extra-uterina, situação essa ainda não contemplada pelo Código Penal.

Embora a última década tenha sido marcada pela implantação e pelo crescimento do número de serviços especializados no atendimento ao abortamento previsto em Lei, ainda existem enormes desafios para que a interrupção dessas gestações seja acessível e segura para todas as mulheres. Investigações recentes revelam que a maioria dos médicos não declara objeção de consciência para realizar o abortamento nessas situações. Contudo, se verifica que a participação dos médicos na atenção ao abortamento previsto em Lei ainda é muito aquém do esperado, especialmente nas situações de violência sexual. Insegurança frente a um novo modelo de atendimento, desconhecimento dos procedimentos necessários, temor de cometer ato ilícito, escassa orientação, e insuficiente apoio institucional, são alguns fatores que têm sido apontados para que médicos evitem enfrentar esse tema.

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, por meio deste **Guideline**, pretende oferecer orientações e informações consistentes ao médico que o auxiliem a tomar decisões éticas e que respeitem o ordenamento jurídico. Ao mesmo tempo, pretende estabelecer procedimentos técnicos atualizados e seguros, contribuindo para que abortamento previsto em Lei seja realizado de maneira qualificada e que minimize o sofrimento das mulheres.

ABORTAMENTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Estima-se que cerca de 210 milhões de gestações ocorram no mundo a cada ano. Desse total, 75 milhões de gestações não são planejadas ou são indesejadas, levando a 46 milhões de abortamentos induzidos a cada ano ². Dessas interrupções de gestação, 20 milhões são praticadas em condições inseguras, implicando em graves riscos para a vida e para a saúde da mulher. Cerca de 95% dos abortamentos inseguros são realizados em países em desenvolvimento com restrições legais para o abortamento. Quase 13% das mortes maternas no mundo são relacionadas ao abortamento inseguro, resultando em 67 mil mortes de mulheres a cada ano ³⁴. Na América Latina, calcula-se que 36% das gestações não são planejadas, resultando em 4 milhões de abortamentos induzidos. Em países do Caribe e da América Latina ocorre um abortamento inseguro para cada três nascimentos vivos, implicando em 24% da mortalidade materna ³⁵.

No Brasil, as estimativas mais recentes apontam para 728.100 a 1.039.000 abortamentos a cada ano. Embora se verifique decréscimo desses números na última década, a taxa atual de 3,7 abortamentos por 100 mulheres em idade reprodutiva ainda é muitas vezes superior àquelas observadas nos países da Europa Ocidental onde o abortamento é legal, seguro e acessível ⁴. Além disso, os indicadores sobre abortamento no país revelam fortes desigualdades sociais e regionais. Estados das regiões Norte e Nordeste do país apresentam taxas de abortamento mais elevadas e com menores índices de redução, sendo que o abortamento persiste como primeira causa de morte materna desde o início da década de 90 ^{4,11}. A morbidade relacionada ao abortamento também se reflete nos números de internações hospitalares. O esvaziamento uterino por abortamento é o segundo procedimento obstétrico mais freqüente na rede pública de saúde. No país, são realizadas cerca de 240 mil internações anuais no Sistema Único de Saúde para tratamento de complicações do abortamento, gerando gastos da ordem de 45 milhões de reais por ano ⁴.

A maior parte das mortes maternas e das graves complicações decorrentes do abortamento inseguro poderiam ser prevenidas utilizando-se técnicas simples e seguras para a interrupção da gravidez de primeiro trimestre ³⁵. Quando essas tecnologias são utilizadas por profissionais preparados dentro de serviços de saúde qualificados, o abortamento torna-se um procedimento médico de elevada segurança ³³. Nos países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, a probabilidade de morte em decorrência do abortamento é da ordem de 1/100.000 procedimentos. Esses números contrastam o risco de morte de 1/100 procedimentos, geralmente verificado nos países em desenvolvimento onde o abortamento é proibido e, portanto, realizado de forma clandestina e quase sempre insegura ².

ABORTAMENTO E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Tanto a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo em 1994, como a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher (FWCW), ocorrida em Beijing em 1995, reconhecem e afirmam os direitos humanos das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. A Conferência do Cairo declara que os todos os casais têm direitos sexuais e reprodutivos fundamentais. Esses direitos incluem a decisão livre e responsável pelo número, espaçamento e momento de terem filhos, e o direito de receberem informação e os meios necessários para que alcancem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva ²⁹. Em Beijing, os governos dos países participantes reconheceram o direito das mulheres de decidir livremente sobre a regulação de sua fertilidade e sexualidade, livres da coerção, da discriminação e da violência sexual. Acrescenta que o relacionamento entre homens e mulheres deve ser fundamentado nos princípios da equidade, do respeito mútuo, do consentimento, e da responsabilidade compartilhada no comportamento sexual e suas conseqüências ³⁰.

Na Conferência do Cairo, os governos reconheceram o abortamento como um dos mais graves problemas de saúde pública. Comprometeram-se em reduzir a necessidade das mulheres de recorrer ao abortamento por meio de medidas de expansão do planejamento reprodutivo. Ao mesmo tempo, estabeleceram que nas circunstâncias em que se não contrarie a Lei, deve-se garantir que as mulheres tenham acesso ao abortamento em condições seguras. O parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência do Cairo também acrescenta que *"em nenhum caso o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar..."*. ²⁹. Em 1999, A Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a implementação do IPCD (IPCD + 5), acrescentado que *"em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e tomar outras medidas necessárias para assegurar que esses abortos sejam seguros e acessíveis"* ³¹.

O Brasil, enquanto país participante, é país signatário dos documentos dessas Conferências, assim como de outros Tratados Internacionais de Direitos Humanos, assumindo o compromisso com as questões relativas ao abortamento. No plano internacional, essas referências estão incorporadas pela legislação brasileira, com princípios éticos e jurídicos que contemplam a prevenção da gravidez indesejada e o abortamento seguro ¹. A Constituição da República Federativa do Brasil estabelece que *"fundado no princípio da dignidade da*

peessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas” (artigo 226, § 7º) ⁷.

ASPECTOS LEGAIS DO ABORTAMENTO

Com poucas exceções, quase todos os países do mundo têm Leis que permitem que o abortamento seja realizado para salvar a vida da mulher (93%). Em cerca de 60% dos países a legislação também permite que o abortamento seja praticado para preservar a saúde física ou mental. Quase 40% deles não punem o abortamento quando a gravidez resulta de violência sexual, ou quando cursa com anomalia fetal grave. Motivos sociais ou econômicos têm autorização para o abortamento em 30% das legislações. O abortamento voluntário, por exclusiva solicitação da mulher, é garantido por cerca de 30% dos países, a maioria países desenvolvidos ³⁵.

No Brasil, a legislação sobre o abortamento encontra-se entre as mais restritivas. O abortamento é crime previsto pelo Código Penal nos artigos 124, 125 e 126, com penalidades para a mulher e para o médico que o praticam ²³. No entanto, de acordo com o Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, incisos I e II do artigo 128 do Código Penal brasileiro, **não é crime e não se pune** o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual ⁵. O aborto deve ser precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal ²³. Além disso, mediante solicitação e consentimento da mulher, o Poder Judiciário também tem autorizado a interrupção da gravidez em casos de anomalias fetais graves com inviabilidade de vida extra-uterina ^{4,19}.

Nessas três situações de exceção, o abortamento no Brasil é um inequívoco direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. Cabe ao Estado garantir que a interrupção dessas gestações seja realizada de maneira ética, humanizada e segura ⁵. Nesse sentido, o Ministério da Saúde normatizou, desde 1998, os procedimentos a serem adotados por gestores e profissionais de saúde para o atendimento ao abortamento previsto em Lei, conforme a norma técnica **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**, e a norma técnica **Atenção Humanizada ao Abortamento** ^{3,4}. Alinhada e comprometida com o tema, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO) criou, em 1996, a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei. Em 2004, a FEBRASGO publica o manual de orientação **Violência Sexual**, o qual inclui o atendimento ao abortamento previsto em Lei, colaborando e ampliando as possibilidades de orientação aos tocoginecologistas ¹⁷.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

A Organização Mundial de Saúde define por **abortamento** a interrupção da gravidez até a 20ª - 22ª semana, com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. Por **aborto**, entende-se o produto da concepção eliminado durante o abortamento ³³. O abortamento é considerado **inseguro** quando praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente capacitação técnica, ou ambas as condições. Nesses casos, o abortamento relaciona-se com taxas elevadas de mortalidade e de morbidade. Por outro lado, quando realizado em ambiente apropriado, com técnicas adequadas, e por profissionais de saúde capacitados, o abortamento é procedimento **seguro**, com riscos reduzidos se comparado com outros procedimentos médicos ³⁵.

1. GESTAÇÕES DE ATÉ 12 SEMANAS

- **Aspiração a vácuo intra-uterina:** técnica de escolha para a interrupção da gestação de primeiro trimestre, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO), pelo Ministério da Saúde, e pela FEBRASGO ^{4,17,35}. A aspiração a vácuo é procedimento simples, seguro, rápido e eficaz. As taxas de complicação são significativamente menores e, raramente, de maior gravidade. Há dois tipos mais comuns de aspiração a vácuo. **A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV)** consiste em uma bomba de vácuo que utiliza fonte elétrica, o que torna o equipamento menos prático e de maior custo. **A Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)** utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12 mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e a aspiração simultânea da cavidade uterina. O equipamento tem menor custo e não depende de fontes de energia ^{15,26,35}.
- **Curetagem uterina:** utiliza curetas metálicas de diferentes formas e dimensões para raspar e esvaziar a cavidade uterina, geralmente após a dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar. Outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, podem ser necessários para auxiliar a extração do conteúdo uterino. Por terem diâmetro variável e ser de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes cirúrgicos, principalmente de perfuração do útero, e maior probabilidade de sangramento excessivo durante o procedimento. A curetagem uterina deve ser usada somente quando a aspiração a vácuo não estiver disponível ^{4,15,35}.
- **Abortamento medicamentoso:** a administração do **misoprostol** exclusivo como método de interrupção da gravidez nas primeiras 12 semanas de idade gestacional, é opção a ser considerada em circunstâncias especiais. O procedimento é mais demorado, possivelmente mais desconfortável, e com efeitos gastro-intestinais mais frequentes. A escolha da dose varia em diferentes experiências. As evidências mais recentes sugerem o uso de 800 microgramas por dia, via vaginal, durante até 2 dias, em 3 possíveis esquemas: a) 800 microgramas, dose única diária; b) 400 microgramas cada 12 horas; e c) 200 microgramas cada 6 horas. Embora outras vias de administração possam ser empregadas, recomenda-se a via vaginal, umedecendo os comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina. A mulher que eventualmente decida pelo uso do misoprostol deve ser informada das limitações e efeitos do método e o risco de sangramento excessivo deve ser informado. Ela poderá aguardar pela conclusão do abortamento até 24 horas depois da última dose, em regime de internação ou em sua residência. Na falha do método medicamentoso deve-se optar pela aspiração ou curetagem, dependendo da decisão da mulher e das condições clínicas ^{3,4,15,18}. Outra opção de abortamento medicamentoso, embora menos difundida em nosso meio, é o **metotrexate**. As evidências recomendam seu uso em associação com o misoprostol, em dose única de 50 mg, via oral. Essa administração deve ser feita três a sete dias antes do início do misoprostol, 800 microgramas por dia, via vaginal ²⁶.
- **Outros métodos:** alternativa como o **mifepristone (RU 486)** não se encontra disponível para uso no Brasil. Em casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual, a **histerectomia** deve ser abolida como método em qualquer hipótese ⁴. No entanto, a histerectomia com útero gravídico é recurso plenamente justificado nos casos de tratamento cirúrgico dos estádios II e Ila do carcinoma do colo do útero ²⁵.

2. GESTAÇÕES ENTRE 13 E 20 SEMANAS

- **Abortamento medicamentoso:** nas gestações de segundo trimestre, o abortamento medicamentoso constitui método de eleição, recomendando-se a utilização de **misoprostol** para a dilatação cervical e a expulsão ovular. Assim como ocorre na interrupção de gestações iniciais, existe um grande número de protocolos que utilizam diferentes doses e vias de administração do misoprostol. Entre os esquemas disponíveis, há evidências para indicar 200 microgramas, via vaginal, cada 12 horas, durante 48 horas. O tratamento pode ser repetido após intervalo de 3 a 5 dias, em caso de insucesso. A mulher deve permanecer internada até a conclusão da interrupção. O esvaziamento uterino pode

ser completado com curetagem ou aspiração a vácuo, nos casos de abortamento incompleto. A aspiração intra-uterina e a curetagem não são técnicas recomendadas para a interrupção com mais de 12 semanas ^{3,4,17,35}.

- **Outros métodos:** procedimentos cirúrgicos maiores, como a **microcesárea**, devem ser reservados para situações excepcionais e geralmente após a 16^a semana de gestação ⁴. Em casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual, a histerectomia deve ser abolida como método em qualquer hipótese ³. A indução com **ocitocina**, mesmo que precedida da preparação do colo de útero com misoprostol ou outra prostaglandina, apresenta elevadas taxas de falha. O método de **Aburel**, que utiliza a injeção intra-amniótica de solução hipertônica, deve ser ao máximo evitado, pela possibilidade de acidentes maternos graves e letais ²². O esvaziamento uterino com misoprostol pode ser precedido de injeção letal intracardiaca ou intracordonal de **cloreto de potássio**, nos serviços onde esta medida esteja disponível ¹⁹.

3. GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS

- **Decorrente de violência sexual:** nos casos de gravidez decorrente de violência sexual que ingressem no serviço de saúde com mais de 20 semanas, a interrupção da gestação **não deve ser realizada**. Nessas situações, a mulher deve ser esclarecida da impossibilidade de atender sua solicitação, e aconselhada a iniciar acompanhamento pré-natal especializado. Deve, ainda, ser informada das alternativas disponíveis após o nascimento, que oferecem a possibilidade de incluir a futura criança nascida no núcleo familiar, ou colocá-la em doação para procedimento regular de adoção ^{3,4,17}.
- **Anomalia fetal ou de risco de morte para a gestante:** nessas duas condições não há limite de idade gestacional para a interrupção da gestação ¹⁶. No entanto, considerando-se a perspectiva e as definições adotadas pelo setor saúde, a interrupção das gestações com mais de 20-22 semanas não configura abortamento. Nesses casos, os procedimentos a serem adotados para a indução do parto deverão observar as condições obstétricas, a idade gestacional, e as rotinas dos serviços de saúde. A indução pode ser precedida de injeção intracardiaca ou intracordonal de cloreto de potássio, nos serviços onde esteja disponível, com indicadores de que esta medida reduz o tempo de indução e de internação ¹⁹. No caso de doença materna grave a interrupção do processo gestacional deverá ser realizada o mais breve possível, tendo em conta a possibilidade de agravo do quadro clínico.

4. PREPARO DO COLO DE ÚTERO

- **Misoprostol:** tanto a curetagem como a aspiração a vácuo, podem ser precedidas do uso de misoprostol com a finalidade de obter maturação e preparo do colo, facilitando esses procedimentos e diminuindo os riscos de complicações imediatas. Essa medida pode ser aplicada para gestações entre 9 e 12 semanas, particularmente para nulíparas e adolescentes. Entre os vários esquemas disponíveis, recomenda-se utilizar entre 200 e 400 microgramas de misoprostol, dose única, via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento ^{3,4,18}.

PROCEDIMENTOS PARA A INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Para garantir o abortamento **seguro** para as mulheres nas situações previstas em Lei, é necessário que existam suprimentos e equipamentos adequados, aplicação de técnicas corretas, e capacitação dos(as) profissionais de saúde. Além disso, o cumprimento de algumas medidas e cuidados simples é fundamental para que o abortamento seja oferecido de forma segura e acessível ³³.

- **Avaliação de condições pré-existentes:** a história clínica, o exame físico geral, e o exame tocoginecológico são fundamentais para estabelecer as condições de saúde da mulher e identificar

doenças pré-existentes que possam interferir na realização da interrupção da gravidez. Antecedentes de transtornos da coagulação ou de reações alérgicas a medicamentos devem ser particularmente investigados. Medicamentos em uso também devem ser considerados. A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh, e hemograma devem ser procedimentos de rotina ^{3,4,35}. Outros exames complementares pré-operatórios devem ser solicitados sempre que necessário, em função das condições clínicas da mulher e do procedimento de interrupção a ser adotado. Para as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual, recomenda-se solicitar exames sorológicos para sífilis, hepatite B e C, anti-HIV, e investigação de doenças sexualmente transmissíveis em meio vaginal e cervical ^{3,17}.

- **Profilaxia de infecção do trato reprodutivo:** a existência de infecção do trato genital inferior no momento do abortamento previsto em Lei deve ser cuidadosamente considerada, na medida que representa importante fator de risco para infecções mais severas após o procedimento ³³. Essa condição é ainda mais preocupante nas situações de abortamento decorrente de violência sexual, onde há considerável risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis ³. Na presença de sinais clínicos sugestivos ou indicativos de infecção, ou nas situações diagnosticadas em exames complementares, é necessário o tratamento apropriado da doença antes de iniciar o abortamento. Mesmo na ausência dessas condições há evidências consistentes de que o uso profilático de antibióticos reduz as taxas de complicações infecciosas pós-operatórias ³⁵.
- **Profilaxia da Isoimunização pelo Fator Rh:** a Organização Mundial da Saúde afirma que não há evidências conclusivas que assegurem a necessidade de imunização passiva de todas as mulheres Rh negativas após o abortamento induzido do primeiro trimestre ³⁵. No entanto, recomenda que nos serviços onde essa medida é praticada de rotina, que se administre **300 a 500 microgramas de imunoglobulina Anti-Rh**, intramuscular, até 72 horas da interrupção da gravidez, para as mulheres com teste de **Coombs indireto negativo**. O mesmo deve ser feito para o abortamento de segundo trimestre, e para as interrupções por risco de morte ou anomalias fetais realizadas após a 20ª semana da gravidez ^{3,35}.
- **Alívio e manejo da dor:** é necessário adotar medidas para o alívio da dor, apropriadas para cada método de interrupção legal da gravidez, evitando-se sofrimento desnecessário e injustificado que aumente ainda mais o dano emocional dessas mulheres. Essas medidas devem considerar as características e os recursos de cada serviço de saúde, ponderando-se as condições clínicas da mulher e o método de abortamento a ser empregado. Sempre que possível, a mulher deve ser apoiada a participar dessa decisão ⁴. No entanto, a compreensível fragilidade emocional das mulheres nas situações de abortamento previsto em Lei limita o uso de alternativas menos intervencionistas, utilizadas com sucesso em outras situações de abortamento ³. Nas interrupções do primeiro trimestre, o uso específico de anestesia ou analgesia para a AMIU ou a curetagem se faz necessário na maioria dos casos. Nos abortamentos induzidos com o misoprostol, o uso de analgésicos narcóticos pode ser indicado para reduzir a dor provocada pela contração uterina e pela dilatação cervical. Caso o esvaziamento uterino ocorra de forma incompleta, a analgesia ou a anestesia deve ser empregada durante a curetagem ou aspiração complementar ^{3,4}. Em condições excepcionais, quando a gestação é inicial e a mulher apresenta satisfatória interação com a equipe de saúde, o alívio da dor pode ser feito com anestesia paracervical nos casos de indicação e disponibilidade da AMIU ³. O bloqueio paracervical é realizado com lidocaína 1%, sem vasoconstritor, injetando-se lentamente o anestésico na transição do colo com a mucosa vaginal em 5 e 7 horas, com agulha calibre 23 ou de insulina, a uma profundidade de 3-5 mm, na quantidade de 3-8 ml em cada ponto ²⁶.
- **Informação e aconselhamento:** informações claras, completas e de forma acessível devem ser oferecidas para a mulher que realiza o abortamento previsto em Lei, respeitando-se os princípios de confidencialidade e privacidade. Essas informações devem ser colocadas de forma cuidadosa, observando-se as condições emocionais de cada mulher. Elas devem ser esclarecidas sobre os

procedimentos técnicos que serão adotados, sobre as medidas para alívio da dor, tempo do procedimento, período de internação, segurança do procedimento, e riscos envolvidos. É comum que as mulheres expressem diferentes dúvidas e receios, muitas vezes imprevisíveis para profissionais de saúde, principalmente sobre riscos do procedimento e seu possível impacto para a fertilidade futura ⁴.

- **Alta médica hospitalar e seguimento:** a mulher pode receber alta médica hospitalar assim que as condições clínicas pós-operatórias permitam. Nos casos de AMIU, a alta pode ser mais precoce, ao término da recuperação anestésica, desde que os sinais vitais se encontrem estáveis e o sangramento vaginal seja de pequeno porte. Na ocasião da alta hospitalar a mulher deve ser informada sobre sinais e sintomas comuns ao período de recuperação, especialmente nos casos de uso de métodos cirúrgicos. Sangramento vaginal de menor ou igual volume ao menstrual pode ocorrer por vários dias. Cólicas abdominais, geralmente de intensidade tolerável, podem estar presentes nos primeiros dias. A mulher poderá retornar as atividades cotidianas em poucos dias e o período de afastamento necessário deverá ser avaliado em cada caso. A primeira consulta médica deve ser realizada entre 7 a 10 dias do procedimento. Devem ser orientadas a retornar ao serviço de saúde em qualquer momento se ocorrer febre, dor abdominal ou sangramento vaginal de maior volume ou persistente ^{4,17,35}. Deve colocar ênfase na necessidade de retorno da mulher para seguimento, particularmente nos casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual, pela necessidade de investigação de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites ³.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

O Código de Ética Médica assegura, segundo o artigo 7, que *“o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”*. Também é direito do médico(a), conforme o artigo 28, *“recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”* ⁹. Dessa forma, é claramente garantido ao médico(a) a **objeção de consciência** e o **direito** de recusa de realizar o abortamento, mesmo nas situações previstas em Lei ^{3,4,5}.

A posição do médico(a) que manifesta objeção de consciência deve sempre ser respeitada. Esses profissionais não devem sofrer nenhuma forma de coerção, ameaça, intimidação ou discriminação por se recusarem a praticar o abortamento legal. Nesses casos, recomenda-se que o médico(a) declare sua condição de objeção de consciência para a mulher ou seu representante legal de forma franca e clara, encaminhando-a para outro(a) profissional ou serviço de saúde especializado que concorde em realizar o abortamento ^{4,10}. No entanto, o Código de Ética Médica também estabelece que, em algumas situações específicas, o médico(a) **não tem direito** de objeção de consciência, prevalecendo o direito da mulher ao abortamento ⁹:

- Nos casos em que o abortamento é necessário por motivo de iminente risco de morte para a mulher;
- Na ausência de outro médico(a) que realize o abortamento em qualquer condição juridicamente permitida;
- Nas situações em que possa haver danos ou agravos à saúde da mulher em razão da omissão ou recusa do atendimento do(a) profissional;

Portanto, considerando-se as permissões para abortamento vigentes no país, é **direito** do(a) médico(a) não realizar a interrupção da gravidez em casos de gravidez decorrente de violência sexual ou quando a gravidez cursa com anomalia fetal grave, a menos que estas situações se associem com risco de morte para a gestante, ou quando não exista outro médico que possa realizar o abortamento. É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto em Lei, podendo a mulher recorrer judicialmente caso venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão ⁵.

CONSENTIMENTO

O consentimento da mulher ou de seu representante legal é necessário para realizar o abortamento nas situações previstas pela Lei, com exceção dos casos de risco de morte quando a mulher esteja impossibilitada de expressar seu consentimento ⁴. O novo Código Civil brasileiro, de 2003, estabelece em seus artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 que ⁸:

- A mulher com 18 anos de idade ou mais é considerada plenamente capaz de **consentir sozinha**;
- A partir dos 16 anos e antes dos 18 anos, o consentimento da adolescente deve ser assistido pelos pais ou representante legal, que se manifestam e assinam o consentimento **com ela**;
- Antes dos 16 anos, a criança ou adolescente devem ser representados pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam e assinam o termo de consentimento **por ela**.

O consentimento do representante legal também se faz necessário em situações onde a mulher, em qualquer idade, não possa expressar sua vontade ou não tenha condições de discernimento, a exemplo das deficientes mentais graves ⁵. Cabe considerar, quando houver conflito de interesses, que as adolescentes devem ter sua vontade respeitada caso não queiram realizar o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram ^{4,5,6}.

ABORTAMENTO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher considera por violência contra a mulher *“todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada”*¹. Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Entre mulheres americanas, mais de 680 mil mulheres americanas sofrem estupro a cada ano. Quase 25% delas refere ter experimentado um contato sexual abusivo e não consentido durante a infância ou a adolescência ³. Cerca de 10% das mulheres da região metropolitana de São Paulo, e 14% das mulheres da Zona da Mata, Pernambuco, referem terem sido alguma vez forçadas fisicamente a ter relações sexuais, ou sofreram coerção do parceiro para tê-las, ou foram submetidas a práticas sexuais humilhantes ou degradantes ¹.

Apesar da magnitude das estatísticas, a violência sexual ainda é um fenômeno pouco notificado. Por medo, vergonha, ou por considerar os obstáculos para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omite a violência sofrida ²⁰. No entanto, as evidências apontam que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum momento de suas vidas. Isso coloca os serviços e profissionais de saúde em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre o problema da violência contra a mulher ^{3,4}.

Além da possibilidade de sofrer traumatismos físicos de diferentes gravidades, por vezes culminando na morte da mulher, a violência sexual se associa com taxas expressivas de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV. No campo emocional, os danos psicológicos podem ter efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis para a vida da mulher ³. A gravidez decorrente da violência sexual se destaca pela complexidade e pela severidade do impacto que determina, seja na esfera emocional, familiar, social ou biológica. Para muitas mulheres, a gestação forçada e indesejada é admitida como uma segunda forma de violência, brutal e intolerável, impossível de ser mantida até seu término ¹³.

Embora a interrupção dessas gestações constitua um direito previsto em Lei, parte expressiva das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que realizem o abortamento ¹³. Somente no final da década de 80 é que os primeiros serviços públicos de saúde passaram a oferecer esse tipo de atendimento. Desde então, foram realizados pouco mais do que 1.200 abortamentos legais até o ano de 2004 ²⁷. Por falta de

informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros, muitas mulheres convencidas em interromper a gestação recorrem ao abortamento clandestino, quase sempre inseguro³.

2. RECOMENDAÇÕES

A estimativa da idade gestacional deve ser feita em semanas, calculadas a partir da data da última menstruação (DUM) conhecida e confiável. O cuidadoso exame bimanual da pelve pode determinar o volume do útero e os sinais de gravidez a partir da 6ª a 8ª semana de gestação³. O exame de ultrasonografia é o método mais preciso e adequado para confirmar a idade gestacional, importante para a escolha do método do abortamento e para estabelecer a concordância entre a idade gestacional e a data da violência sexual^{13,17}. Além disso, o exame clínico e a ultra-sonografia são necessários para afastar a ocorrência de gravidez ectópica ou de gestação molar³⁵.

Sempre que possível, o exame de ultra-sonografia deve ser realizado em local ou horário diferente daquele reservado para as demais gestantes em acompanhamento pré-natal, evitando-se o constrangimento e o sofrimento emocional para a mulher. O mesmo cuidado deve ser tomado durante o exame, evitando-se comentários desnecessários sobre as condições da vitalidade fetal. A mulher deve ser consultada se deseja ou não acompanhar as imagens e os sons produzidos durante o exame, e sua decisão deve ser respeitada³.

3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, estabelece os **Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez** nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses procedimentos devem ser adotados pelos serviços de saúde para a realização do abortamento decorrente de violência sexual, e incluem diferentes Termos. Devem conter a identificação da instituição, bem como o nome completo, número do documento de identificação, e assinatura da paciente e/ou de seu representante legal³.

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** trata-se de documento imprescindível para a realização do abortamento decorrente de violência sexual. Deve constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada, e ciência da possibilidade de manter a gestação até o seu término e das alternativas existentes nesse caso. Devem declarar ciência dos procedimentos médicos que serão adotados, bem como dos desconfortos e riscos possíveis para a saúde, formas de assistência, acompanhamentos posteriores, e profissionais responsáveis. No mesmo Termo deve constar a garantia do sigilo das informações prestadas, exceto nos casos de requisição do Poder Judiciário, conforme a resolução 1246, Capítulo IX (Segredo Médico) artigo 102 e 106, do Código de Ética Médica. Por fim, deve constar que a mulher e/ou seu representante legal solicitam a interrupção da gestação e que autorizam os profissionais de saúde envolvidos a realizar os procedimentos necessários.
- **Termo de Parecer Técnico:** termo firmado somente pelo médico do serviço que atende ao abortamento previsto em Lei, onde o mesmo atesta a compatibilidade da idade gestacional verificada pela ultra-sonografia obstétrica, registros da anamnese, e resultados dos exames físico e ginecológico, com a data da violência sexual alegada pela paciente e/ou por seu representante legal.
- **Termo de Responsabilidade:** documento em que a mulher e/ou seu representante legal declaram que as informações prestadas para a equipe de saúde correspondem à legítima expressão da verdade. Nesse mesmo termo deve constar a compreensão dos declarantes quanto às conseqüências dos crimes de Falsidade Ideológica (artigo 299 do Código Penal Brasileiro) e de praticar Aborto (Artigo 214), assumindo a responsabilidade penal caso as informações prestadas não correspondam à verdade.

- **Termo de Relato Circunstanciado:** neste documento a mulher e/ou seu representante legal devem descrever as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez. Sobre a violência sexual alegada, deve constar a data, o horário aproximado, o local, e a descrição detalhada do ocorrido. Quanto ao agressor, deve especificar o número de envolvidos, se conhecido, a idade aparente, a raça, cor dos cabelos, os trajes, sinais particulares, eventual grau de parentesco, e se o mesmo aparentemente se encontrava sob o efeito de álcool ou drogas ilícitas. Deve acrescentar se o crime sexual foi ocasionalmente testemunhado por alguma pessoa.
- **Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez:** termo firmado pela equipe multiprofissional, incluindo-se psicólogos e assistentes sociais, e pelo diretor ou responsável pela instituição, onde se **aprova** a solicitação da mulher e/ou de seu representante legal, com base no inciso II do artigo 128 do Código Penal Brasileiro, mediante a análise e adequação dos demais Termos firmados, e na ausência de indicadores de falsa alegação de crime sexual.

A Portaria MS/GM n° 1.508, do Ministério da Saúde, estabelecer com o rigor necessário os procedimentos para realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual respeitando-se o ordenamento jurídico do país. Entretanto, persistem algumas questões entre profissionais e gestores de saúde que merecem esclarecimento. Além disso, outras medidas legais devem ser observadas, conforme a descritas a seguir:

- **Alvará Judicial:** a realização do abortamento nos casos de gravidez decorrente de violência sexual **não necessita de decisão judicial**, ou a sentença final do processo, caso houver. Portanto, a Lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual ^{3,4,5,13,14,17}.
- **Boletim de Ocorrência Policial:** a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia e, portanto, não tem obrigação de realizar o Boletim de Ocorrência Policial. Ela deve ser orientada pelos profissionais de saúde a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado nem o atendimento, nem o abortamento. A realização do abortamento não está juridicamente vinculada à apresentação desse documento, e não há base legal para que os serviços de saúde neguem o abortamento caso a mulher, por motivo justificável, não possa realizá-lo ^{3,4,5,23,27}.
- **Laudo de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal:** o mesmo cabe para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esse documento sejam desejável em algumas circunstâncias, a realização do abortamento também não se vincula a apresentação do parecer ou resultado do exame pericial ^{3,4,5,17}.
- **Presunção de Veracidade:** o Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como **presunção de veracidade**. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça ^{3,5,23}.
- **Repercussões Legais:** o(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal Brasileiro, artigo 20, § 1º, "*é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima*". Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente ^{3,4,5,14}.

- **Comunicação ao Conselho Tutelar:** segundo o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a suspeita ou confirmação de abuso sexual contra crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais. Esta medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes ^{5,12}.
- **Notificação Compulsória:** a Lei 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde, incluindo-se as situações de gravidez decorrente de violência sexual. Até a presente data, a ficha de notificação desenvolvida pelo Ministério da Saúde encontra-se em processo de implantação pelo sistema sentinela, restrita a serviços de saúde selecionados por características específicas. No entanto, deve-se observar que alguns Estados da Federação têm Leis que determinam a notificação compulsória e que devem ser respeitadas pelos serviços de saúde ⁴.
- **Coleta de Material:** no abortamento é necessário que amostras de material embrionário ou do cordão umbelical sejam preservadas para eventual investigação de DNA do agressor (Teste de Paternidade), mediante solicitação do Poder Judiciário. A obtenção de provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, com papel crítico na identificação do autor da violência e sua responsabilização criminal. O material deve ser acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado, se possível em ambiente climatizado. A congelação desse material é alternativa nos serviços onde há equipamento disponível. O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, por facilitar a proliferação bacteriana com conseqüente destruição de células e do DNA. Deve-se abolir completamente o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA. Também se recomenda que parte do material do abortamento seja submetida a exame de anatomia patológica para afastar a possibilidade de gestação molar ^{3,14,17}.
- **Sigilo Profissional:** o atendimento de situações de violência sexual, incluindo-se os casos que envolvam gravidez, exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5, garante que "*são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação*" ⁷. O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime "*revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem*" ²³. Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo 103, estabelece que "*é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente*" ⁹.

ABORTAMENTO EM SITUAÇÃO DE RISCO DE MORTE PARA A GESTANTE

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Entre as condições previstas em Lei que permitem a interrupção da gestação, acredita-se que os casos envolvendo risco de morte para a mulher são aqueles que encontram menor resistência nos serviços de saúde ¹⁷. Previsto pelo inciso I do artigo 128 do Código Penal, o chamado **abortamento necessário** se justifica nas situações de emergência onde existe risco de morte iminente para a mulher, em estrito sentido **terapêutico** ^{16,17,23}. O abortamento necessário igualmente se justifica no sentido **profilático**, para evitar situações futuras que exponham a vida da mulher à reconhecida condição de perigo ou a agravamento considerável. Nesses casos, está plenamente justificada a esterilização cirúrgica ou outro método

anticonceptivo eficiente. A alegação de que não existem mais situações clínicas que justifiquem o abortamento necessário profilático, face à indiscutível evolução da medicina e de seus recursos terapêuticos, não encontra sustentação nas taxas elevadas de mortalidade materna indireta, resultado do agravamento de doenças pré-existentes à gestação. Entre 15 e 30% das mortes maternas no mundo são de causa indireta, o que torna a interrupção da gestação, possivelmente, a única alternativa segura de evitar a morte dessas mulheres ¹⁶.

Especialistas e investigadores em mortalidade materna entendem que o maior problema para o tocoginecologista ou para o médico especialista é estabelecer, com exatidão, o grau de letalidade de cada doença associada à gravidez que justifique a interrupção da gestação. A diversidade de manifestações e estadios das doenças, as condições clínicas de cada mulher, e outras variáveis envolvidas, devem ser consideradas para a tomada de decisões. Além disso, é preciso considerar a desigualdade de recursos técnicos e humanos nas diferentes regiões do país, ou mesmo de um hospital para outro, como fatores que podem intervir sobre o prognóstico ¹⁷.

É particularmente importante que se informe corretamente á gestante a taxa de letalidade de sua patologia associada á gravidez, sem juízo de valores. A exemplo, taxas de letalidade de 5% para determinada doença são, muitas vezes, informadas para a mulher como um risco pequeno e aceitável. No entanto, letalidade de 5% expressa o mesmo que 5.000 mortes por 100.000. Comparado com as taxas de mortalidade materna de países desenvolvidos, cerca de 10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, significa dizer a letalidade para a gestante determinada pela doença em questão é **500 vezes maior** do que aquela que enfrenta a gestante saudável. Contudo, frequentemente o tocoginecologista recomenda a continuidade da gestação, pautado em critérios frágeis e pouco consistentes, sem oferecer para a mulher a possibilidade de decidir qual o risco aceitável para ela ¹⁷.

2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

- **Documentação:** recomenda-se que no mínimo dois médicos, diferentes daquele que irá praticar o abortamento, atestem, em declaração escrita e anexada ao prontuário médico, a condição de risco que a gestante enfrenta e a necessidade de praticar o abortamento para preservar a sua vida. Recomenda-se, se possível, que um dos profissionais seja especialista na doença que motiva a interrupção ^{16,17}.
- **Consentimento:** o consentimento assinado pela gestante é necessário. Recomenda-se constar nesse documento que a mesma encontra-se esclarecida e ciente dos riscos de prosseguir com a gestação, concordando com a indicação médica de interromper a gravidez. O consentimento deve ser assinado por seu representante legal nos casos em que a mulher não tenha possibilidade de discernimento da situação, ou nos casos em que não possa, por motivo justificável, expressar sua vontade ¹⁷. Nas situações de emergência onde o consentimento não puder ser obtido, a preservação da vida da mulher deve prevalecer e a interrupção deve ser realizada ^{4,16}.
- **Recusa da Mulher:** nas situações onde exista precisa indicação de interrupção da gravidez por risco futuro de morte para a gestante, mas a mulher não concorde com o abortamento mesmo que suficientemente esclarecida dos riscos e de suas conseqüências, sua vontade de prosseguir com a gestação deve ser respeitada e preservada. No entanto, é fundamental que essa decisão seja registrada em prontuário hospitalar. A mulher deve declarar sua vontade, assumindo os riscos inerentes à situação. A consulta prévia à gestante e a obtenção de seu consentimento, só devem ser dispensadas em condições excepcionais, nos casos de risco extremo de morte, quando em coma ou inconsciente. Nesses casos, é dever ético e legal do médico tomar todas as medidas que julgar tecnicamente necessárias para preservar a vida da gestante, incluindo-se a realização do abortamento ¹⁷.

- **Alvará Judicial e Boletim de Ocorrência Policial:** o abortamento para salvar a vida da gestante não requer a intervenção ou autorização do Poder Judiciário. Portanto, **não cabe e não é necessária a obtenção de alvará judicial** para a interrupção da gestação. Tampouco é necessário solicitar a apresentação de Boletim de Ocorrência Policial^{4,16,17}.

ABORTAMENTO EM SITUAÇÕES DE ANOMALIA FETAL

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Data de 1991 o registro do primeiro alvará expedido pelo Poder Judiciário para a interrupção de uma gestação de 26 semanas, que cursava com graves malformações fetais incompatíveis com a vida extra-uterina. Desde então, sucederam algumas centenas de alvarás judiciais para situações semelhantes. Esse fenômeno relativamente recente reflete o envolvimento e o compromisso do Poder Judiciário frente a incontestável evolução da propeleútica fetal^{17,19}. São muitas as anomalias fetais com suficiente gravidade para comprometer irremediavelmente a vida extra-uterina, muitas delas detectáveis em períodos precoces da gravidez. Em nosso meio, a maioria das anomalias fetais é diagnosticada após a 20ª semana de gestação. Anencefalia, afecções do sistema urinário, malformações múltiplas e anomalias cromossômicas são as causas mais frequentes de solicitação de alvará para a interrupção da gravidez. A ultra-sonografia morfológica fetal é método fundamental de rastreamento e diagnóstico dessas condições^{17,19}.

A gestante deve ser apropriadamente esclarecida do diagnóstico e seu prognóstico, e orientada sobre as diferentes alternativas de enfrentamento do problema, entre elas, a possibilidade de solicitar a autorização para a interrupção da gravidez. O impacto emocional do diagnóstico para a gestante e para o casal deve ser cuidadosamente considerado disponibilizando-se, sempre que possível, medidas de apoio psicológico ou suporte social^{17,19}.

O alvará judicial é **imprescindível** para a realização do abortamento motivado por anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina. Atualmente, o tempo médio para a obtenção do documento varia entre 3 e 11 dias, dependendo da cidade. Em São Paulo esse tempo é notadamente superior, motivado por determinação do Poder Judiciário de que os pareceres emitidos pelos médicos devam ser avaliados pelo Instituto Médico Legal. Essa avaliação, no entanto, é solicitada pelas autoridades competentes, e não pela gestante ou por seu advogado¹⁹.

2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- **Alvará Judicial:** diferente das situações previstas pelos incisos I e II do artigo 128 do Código Penal brasileiro, a interrupção de gestações por motivo de anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina **exige** a obtenção de alvará (autorização) do poder Judiciário. O pedido pode ser feito pelo serviço de saúde, pelo advogado da mulher, ou pelo Ministério Público. Deve, preferentemente, ser redigido por um advogado. Recomenda-se que se descreva detalhadamente a doença que acomete o feto e que se demonstre sua incompatibilidade com a sobrevivência após o nascimento. O encaminhamento do pedido do alvará deve ser encaminhado para uma Vara Criminal^{17,19}.
- **Declaração da Gestante:** deve ser redigida declaração da gestante ou do casal que esclareça que há plena compreensão do diagnóstico da anomalia fetal e de seu prognóstico, consolidando seu desejo de interromper a gestação^{17,19}.
- **Parecer Médico:** no mínimo dois pareceres médicos devem ser elaborados baseados nos exames de ultra-sonografia morfológica. Devem ser explícitos no detalhamento da(s) doença(s) diagnosticada(s). Outros exames relevantes realizados para estabelecer o diagnóstico devem ser anexados. A equipe médica deve manifestar sua concordância com a decisão da mulher pela interrupção da gravidez^{17,19}.

- **Parecer Psiquiátrico ou Psicológico:** quando couber, deve-se incluir parecer de especialista da área de saúde mental que ateste o provável impacto emocional negativo para a mulher e/ou para o casal no caso de continuidade da gravidez ^{17,19}.
- **Bibliografia Científica:** principalmente nas síndromes raras ou pouco frequentes, o oferecimento de literatura científica atualizada pode ser de grande auxílio para que o Poder Judiciário compreenda a gravidade da anomalia fetal em questão ^{17,19}.
- **Jurisprudência:** em situações especiais, é desejável anexar três ou mais sentenças judiciais proferidas pela interrupção da gestação para auxiliar o Poder Judiciário ^{17,19}.

3. ACONSELHAMENTO APÓS O ABORTAMENTO

- **Aconselhamento Genético:** recomendável para os casais que apresentem risco de anomalias fetais para as futuras gestações ¹⁹.

PREVENÇÃO DO ABORTAMENTO

As situações de abortamento previstas em Lei, ou autorizadas pelo Poder Judiciário, têm sua origem em fatores e condições muito diferentes. Alguns fatores responsáveis por gestações que terminam em abortamento legal apresentam natureza complexa, impedindo ou limitando a implantação de medidas preventivas. Outros fatores oferecem possibilidade de intervenções eficientes e acessíveis para as mulheres, evitando a gravidez que poderia terminar em interrupção. De toda forma, a prevenção de parte possível dessas gestações exige políticas públicas eficientes, mobilização da sociedade, compromisso dos tocoginecologistas, e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

1. VIOLÊNCIA SEXUAL

- **Prevenção da Violência Sexual e da Violência de Gênero:** reduzir ou eliminar a violência sexual contra a mulher, assim como outras formas coercitivas dentro relacionamento sexual, constitui a mais importante medida para diminuir a ocorrência da gravidez forçada. A responsabilização do agressor, a redução da desigualdade de gênero, a educação sexual que oriente e respeite a equidade, são alguns desafios para eliminar o fenômeno da violência sexual ²¹.
- **Anticoncepção de Emergência:** a maioria das mulheres que sofre violência sexual encontra-se em idade reprodutiva. Aquelas que não são usuárias de método anticonceptivo que ofereça proteção durante o crime sexual estão expostas a taxas de gravidez entre 1 e 7%. A anticoncepção de emergência é ação crítica para evitar a gravidez decorrente da violência sexual. O método de escolha consiste no uso do **levonorgestrel exclusivo**, administrado em dose única de 1,5 mg. O regime de Yuzpe deve ser considerado segunda opção, reservado somente para situações onde o levonorgestrel esteja indisponível. Nesses casos, recomenda-se utilizar pílulas anticoncepcionais que contenham 50 microgramas de **etinil-estradiol** associado a 250 microgramas de **levonorgestrel** por comprimido, administrando-se 2 comprimidos juntos, cada 12 horas, máximo de duas doses ou 4 comprimidos. A anticoncepção de emergência deve ser iniciada o mais breve possível, preferentemente nas primeiras 12 horas da violência sexual, período em que apresenta maior taxa de efetividade. Pode ser oferecida até **5 dias** da violência sexual, embora a efetividade se reduza expressivamente no 4º e 5 dias ^{3,32}. Existe suficiente e sólida evidência científica de que o mecanismo de ação da anticoncepção de emergência não é abortivo. Ela atua evitando ou postergando a ovulação (mecanismo pré-ovulatório), ou impedindo a capacitação e a migração dos espermatozóides no trato genital inferior (mecanismo pós-ovulatório). Esses mecanismos, isolados ou associados, atuam exclusivamente evitando a fecundação, sem evidências de efeitos sobre a nidificação ²⁸. A anticoncepção de emergência é um direito das mulheres que sofrem violência sexual e responsabilidade dos profissionais de saúde. A recusa

injustificada de sua prescrição oferece graves conseqüências para a mulher, podendo o médico ser responsabilizado por infração ética de **omissão** ¹⁰.

2. RISCO DE MORTE PARA A MULHER

- **Planejamento Reprodutivo:** a garantia de acesso ao planejamento reprodutivo de elevada qualidade é medida fundamental para evitar parte expressiva das interrupções por risco de morte para a gestante. As mulheres portadoras de doenças que reconhecidamente impliquem em grave risco quando associadas à gravidez, devem ser identificadas pelos profissionais de saúde, particularmente os tocoginecologistas, e cuidadosamente esclarecidas de sua situação. Devem ser orientadas e apoiadas a adotar medidas anticonceptivas modernas e seguras, respeitando-se os princípios do planejamento familiar definidos pela Constituição Federal ⁷.

3. ANOMALIA FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA

- **Ácido Fólico:** a administração de 4 a 5 mg diárias de **ácido fólico** no período periconcepcional tem sido relatada como medida eficiente na prevenção dos defeitos abertos do tubo neural, da anencefalia ou da espinha bífida. A medida parece ter possíveis efeitos sobre a diminuição da incidência de algumas outras anomalias cardiovasculares e urinárias. Contudo, a elevada taxa de gestações não programadas e que iniciam a assistência pré-natal tardiamente não permite aplicar essa medida para grande parte das gestantes. O enriquecimento de alimentos de consumo diário com ácido fólico é discutível, pois é pouco provável que os níveis recomendados de ácido fólico sejam atingidos por essa medida ²⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Advocaci. Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos – síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro: Advocaci. 2003. 118p.
2. Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide. New York and Washington DC. The Alan Guttmacher Institute. 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 68p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 34p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 20p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 60p.
7. Brasil. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Secretaria de Edições Técnicas. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 2006. 47p.
8. Código Civil Brasileiro. Lei 10.406, 10.01.2002. 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2003. 831p.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética. Resolução CFM nº 1.246. Diário Oficial da União: Brasília, DF. 1988.
10. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetria. São Paulo: CREMESP, 2ª edição. 2002. 71-78.
11. Dossiê Aborto Inseguro - Brasil, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1998. 14p.
12. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A. 1993.
13. Faúndes A, Bedone A, Pinto e Silva JL. I Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*, 25:1-8, 1997.
14. Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto JA, Lopez JRC. II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, 26:134-8, 1998.
15. Faúndes A, Andalaft Neto JA, Freitas F, Drezett J, Pinto e Silva J, Mello J, Bedone AJ. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, 27:317-21, 1999.
16. Faúndes A, Torres JHR. O abortamento por risco de vida da mãe. In: Aborto Legal – Implicações éticas e religiosas. São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir, 2002. p147-58.
17. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria - FEBRASGO. Violência Sexual e interrupção da gestação prevista em lei. São Paulo: FEBRASGO. 2004. 91p.
18. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia - FLASOG. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecologia. Santa Cruz, Bolívia: FLASOG. 2005. 115p.
19. Frigério MV, Salzo I, Pimentel S, Gollop TR. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. In: Aborto Legal – Implicações éticas e religiosas. São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir, 2002. p71-98.
20. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1994. 255p.

21. International Planned Parenthood Federation. Estrategias para el tratamiento y prevención de la violencia sexual. Chicago: American Medical Association. 1995. 62p.
22. Mariani-Neto C. Óbito Fetal. In: Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier. 1994. p.382-6.
23. Oliveira J. Código Penal. 25ª edição. São Paulo: Saraiva. 1987. 486p.
24. Pedreira DAL, Rocha e Silva IR. Terapia medicamentosa e prevenção de malformações congênitas. In: Zugaib M. Medicina Fetal. 2ª edição. São Paulo: Atheneu. 1997. p.518-27.
25. Pinotti JA, Teixeira LC, Monti CR. Neoplasias ginecológicas malignas. In: Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier. 1994. p.355-8.
26. Turner K, McInerney T, Herrick J. Atenção pós-aborto centrada na mulher. Chapel Hill, Carolina do Norte: Ipas. 2005. 242p.
27. Talib RA, Citeli MT. Dossiê: Serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Brasília: São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir, 2005. 80p.
28. Task Force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998. 352:428-433.
29. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. New York, United Nations. 1994.
30. United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing. New York, United Nations. 1995.
31. United Nations. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York, United Nations. 1999.
32. World Health Organization. Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: World Health Organization. 1998. 59p.
33. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization. 1992.
34. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: World Health Organization. 1998.
35. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization. 2003.