

João Victor Jacomele Caldas^{1,3}
Lúcia Carla Polaco Covre^{1,3}
Luana Pelicioni Rangel Braga^{1,3}
Hans Alberto Toledo da Fonseca²
Helena Lúcia Barroso dos Reis³
Neide Aparecida Tosato Boldrini^{1,3}

Granted abortion law in a university hospital between March 2018 to September 2020

| Abortamento previsto em lei em hospital universitário entre março de 2018 a setembro de 2020

ABSTRACT | Introduction: *Although abortion in Brazil is not considered a crime in cases of risk to maternal life, rape, and anencephalic fetuses, many women encounter barriers in the legal and assistance system to perform an abortion. Objective: To describe the clinical and sociodemographic profile of women who underwent a legal abortion, between March 2018 and September 2020. Methods: A retrospective cohort study with the inclusion of all patients who had interrupted pregnancy for legal reasons. Patients who suffered spontaneous abortion and patients who carried out full-term pregnancies were excluded. Results: 39 patients were found. The average gestational age was 16 weeks and six days. Eighteen patients were primiparous. The average age was 24.5 years, with three being 14 years old. Six patients had complications. Two rapid positive syphilis tests were found. Conclusion: The results are consistent with the literature when detailing a vulnerable population. It was found in this study to be a young population, primiparous, single, with low education. Having a detailed profile of these pregnant women is of paramount importance for public policy planning to properly and humanely guide patients who present this demand.*

Keywords | *Abortion; Anencephaly; Rape; Legislation; Sex offenses.*

RESUMO | Introdução: Apesar do aborto no Brasil não ser considerado crime nos casos de risco de vida materno, estupro e de fetos anencéfalos muitas mulheres encontram barreiras no sistema jurídico e assistencial para realização do aborto. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres submetidas ao abortamento legal, entre março de 2018 a setembro de 2020. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva com inclusão de todas as pacientes que tiveram interrupção da gravidez por razões legais. Foram excluídas pacientes que sofreram aborto espontâneo e pacientes que levaram gestação a termo. **Resultados:** Foram encontradas 39 pacientes. A média de idade gestacional foi de 16 semanas e seis dias. Dezoito pacientes eram primíparas. A média de idade foi 24.5 anos, sendo que três tinham 14 anos. Seis pacientes apresentaram intercorrências. Foram encontrados dois testes rápidos de sífilis positivos. **Conclusão:** Os resultados condizem com a literatura ao detalhar uma população vulnerável. Constatou-se nesse estudo tratar-se de uma população jovem, de primíparas, de solteiras, e com baixa escolaridade. Ter um perfil detalhado dessas gestantes é de suma importância para planejamentos de políticas públicas para conduzir adequadamente e de forma humanizada as pacientes que apresentam essa demanda.

Palavras-chave | Aborto legal; Anencefalia; Estupro; Legislação; Delitos sexuais.

¹Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

²Universidade do Estado da Bahia. Salvador/BA, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O abortamento ilegal e feito de forma insegura representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil¹. A Mortalidade materna é um dos marcadores mais importantes que mostra qualidade do cuidado a saúde. Serve como base para desenvolvimento de prioridades e ações e tem ação sociopolítica e econômica importantes².

Estima-se que ocorram apenas no Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no País¹. Em municípios da região metropolitana de Recife, entre 1994 e 1996, o aborto já ocupou, respectivamente o primeiro e segundo lugar nas causas de morte materna, decrescendo nos anos seguintes e a curetagem pós-abortamento representou o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde¹. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das gestações é indesejada e uma em cada nove mulheres recorrem ao abortamento legal para interrompê-las¹.

Estimativas do aborto induzido eram imprecisas até o início de 1990. Variavam de 300mil a 3,3 milhões de abortos clandestinos. Em 2000 foi estimado 22,3 abortos induzidos por 1.000 mulheres no Brasil. De 1999 a 2012 as estimativas da razão a abortos induzidos na população de mulheres entre 15 e 49 anos, calculada por 100 nascidos vivos, diminuíram 11% no Nordeste, 13 no Sudeste, 5% no Centro-Oeste. Aumento importante na região norte 13% e Sul 41%.

Em nível populacional o Brasil tem passado por profundas mudanças no planejamento familiar, no uso de métodos anticoncepcionais, na igualdade de gênero e no enfrentamento a misoginia². A fecundidade do Brasil vem decrescendo desde a década de 1960, quando as mulheres tinham em média seis filhos e com grande dificuldade ao acesso a contracepção adequada, muitas recorriam à laqueadura ou ao aborto². Em 1986, 44% das brasileiras em idade fértil eram laqueadas. No início dos anos 90, no Nordeste, alcançaram 63%. Em 1986, antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), 57% das mulheres usavam anticoncepcionais e em duas décadas esse número subiu para 80,6%².

Sabe-se que o aborto ainda é amplamente utilizado no Brasil. Em 2010 em inquérito em área urbana, 22% das mulheres

entre 35 a 39 anos já haviam feito um aborto induzido². Esse inquérito foi repetido em 2016, confirmando alta ocorrência de abortamentos, especialmente nas regiões nordeste, centro-oeste e norte².

O aborto previsto em lei varia ao redor do mundo, no decorrer do tempo e momento histórico de cada sociedade. Em 1985, por exemplo, quatro países não permitiam o aborto em nenhuma hipótese e 2013 esse número subiu para cinco.

A legislação brasileira prevê essencialmente três formas de aborto descriminalizado, duas delas previstas no artigo 128 e incisos do Código Penal e outra em um julgamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental, a ADPF 54^{10,11}. A Interrupção da gestação de fetos anencéfalos, permitida no país desde que o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a ADPF 54, de forma a declarar inconstitucional a interpretação segundo a qual a interrupção dessas gestações fosse considerada crime nos artigos 124 e 126 do Código Penal Brasileiro.

O Hospital Perola Byington, em São Paulo foi um dos primeiros serviços de saúde brasileiros a oferecer atendimento para mulheres em situação de violência e assistência a abortamento seguros e iniciou as atividades em agosto de 1994⁴. Em 1998 surge no estado do Espírito Santo o programa de Atendimento às vítimas de violência Sexual (PAVIVIS) que acolhe crianças, adolescentes e adultas expostas a crimes sexuais, dando suporte médico, psicológico e assistencial às vítimas, e caso necessário, também suporte a interrupção da gestação oriunda do delito sexual⁶. Nos doze primeiros anos de funcionamento, mais de 4.000 vítimas foram atendidas⁶.

Dessa forma, objetiva-se descrever o perfil clínico, social e epidemiológico das mulheres adolescentes e adultas submetidas à interrupção legal da gestação em hospital universitário, em Vitória-ES entre o período de março de 2018 a setembro de 2020.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo no setor de obstetrícia em hospital universitário. Foram incluídos nesse estudo dados de todas as pacientes, que tiveram a interrupção da gestação com embasamento previsto

na legislação brasileira vigente no período de março de 2018 a setembro de 2020. Foram excluídas as pacientes que sofreram aborto espontâneo, óbitos fetais intraútero, natimortos e neomortos que tiveram assistência obstétrica no Hospital Universitário no período desse estudo. Também foram excluídas as pacientes que sofreram violência sexual e optaram por levar a gestação e também gestantes com fetos com anencefalia que aguardaram o parto a termo para resolução da gestação.

As pacientes submetidas ao aborto legal foram localizadas nos registros de abortamentos, óbitos fetais e natimortos da maternidade, no qual estão catalogadas todas as pacientes que tiveram assistência ao abortamento ou parto de natimortos.

Os dados das pacientes incluídas nesse estudo foram extraídos de prontuários médicos entre julho a setembro de 2020 e inseridos em planilha do *Microsoft Office Excel* 2016. As variáveis foram: Motivo do abortamento, dias de internação hospitalar, idade da paciente, comorbidades, escolaridade, cor, estado civil, naturalidade, município de residência atual, paridade, idade gestacional no momento da interrupção da gestação, tipagem sanguínea, resultado dos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, necessidade de esvaziamento uterino e intercorrências durante o processo de interrupção da gestação. A caracterização dos dados foi apresentada na forma de frequência observada, porcentagens, valores mínimos, máximos e médias. Os resultados foram calculados pelo próprio programa e expostos através de gráficos e tabelas.

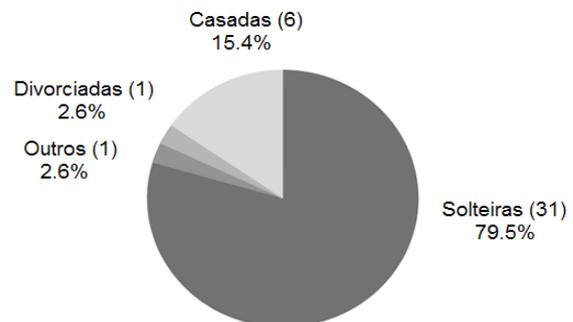
RESULTADOS |

Entre março de 2018 a setembro de 2020 foram realizadas 39 interrupções legais de gestações. Também foram realizados dois partos a termo de fetos com anencefalia nesse período. Uma paciente que optou por levar a gestação naturalmente e procurou a maternidade em trabalho de parto espontâneo. A outra gestante procurou o hospital com 42 semanas de gestação para indução do parto. A mesma tinha ciência da malformação fetal, contudo desconhecia a legislação vigente e o direito em interromper a gestação de forma segura e descriminalizada. Ela realizou pré-natal na rede pública municipal em município da grande Vitória e relatou que em nenhum momento lhe foi orientado acerca da possibilidade de interrupção da gravidez.

Das 39 pacientes, 22 gestações (56.4%) foram interrompidas por serem fruto de violência sexual e 17 (43.6%) interrompidas por fetos com anencefalia. A média de internação foi de 2.8 dias, sendo que uma paciente evadiu após a expulsão fetal e não recebeu alta médica. Duas pacientes receberam alta médica, mas retornaram para nova internação devido a complicações relacionadas ao abortamento. Tanto a evasão quanto as duas pacientes que retornaram para uma segunda curetagem uterina foram do grupo das pacientes que abortaram por gestação fruto de violência sexual. O mínimo de dias de internação para cinco pacientes foi de um dia e o máximo foi sete dias para uma paciente. Esta passava pela interrupção legal na primeira gestação fruto de violência sexual e estava com 18 semanas e 5 dias no momento da internação. Passou por vários ciclos de Misoprostol conforme o protocolo da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) de 2017⁹, mas sem resposta adequada.

Onze pacientes eram naturais de Vitória, quinze eram provenientes de outro município da região metropolitana de Vitória, sete pacientes eram naturais do interior do estado do Espírito Santo, cinco eram naturais de outros estados e uma paciente era natural de outro país, Angola, na África. Trinta e uma gestantes eram solteiras, seis pacientes eram casadas, uma divorciada, e uma paciente estavam em outro tipo de relacionamento.

Gráfico 1 - Estado civil das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

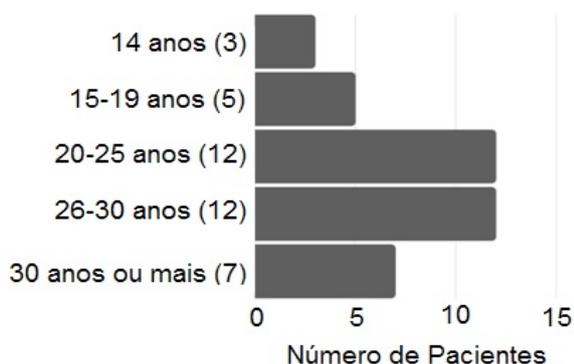


Fonte: Os autores.

Dezoito pacientes estavam passando pelo abortamento legal na primeira gestação, cinco pacientes tiveram um abortamento prévio antes, não declarado se espontâneo ou provocado. Dezesete pacientes tiveram um parto anterior à interrupção da gestação no momento da internação, sendo

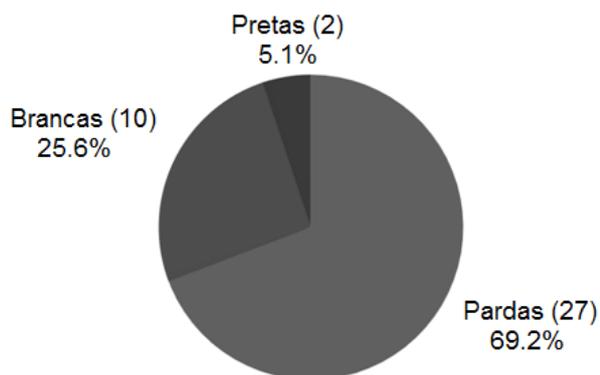
nove destas por cesariana. A média de idade foi de 24,5 anos, sendo que três pacientes tinham 14 anos completos e outras cinco entre 15 e 19 anos. Doze pacientes possuíam idade entre 20 e 25 anos, doze pacientes com idade entre 26 a 30 anos e outras sete pacientes estavam com 31 anos ou mais no momento da interrupção da gestação. Vinte e sete das 39 pacientes se autodeclararam pardas, 10 como brancas e duas pretas.

Gráfico 2 - Idade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

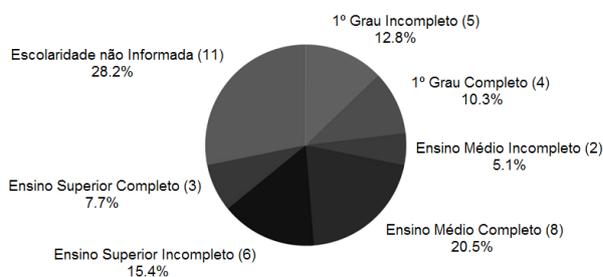
Gráfico 3 - Cor autodeclarada das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

Cinco pacientes possuíam primeiro grau incompleto, quatro concluíram o primeiro grau, duas tinham o ensino médio incompleto, oito concluíram o ensino médio, seis tinham ensino superior incompleto ou ainda estavam na graduação, três tinham ensino superior completo e onze não declararam a escolaridade. Cabe salientar que das nove pacientes que chegaram ao ensino superior, cinco foram vítimas de estupro.

Gráfico 4 - Escolaridade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

Cinco pacientes tinham algum tipo de comorbidade já diagnosticada no momento da internação para a interrupção da gestação. As comorbidades encontradas foram: asma, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, fibromialgia e outra paciente estava em seguimento após cirurgia bariátrica. Tanto a paciente após cirurgia bariátrica quanto a paciente diabética interromperam a gestação devido à anencefalia fetal, ambas comorbidades consideradas fatores de risco para defeitos de tubo neural fetal.

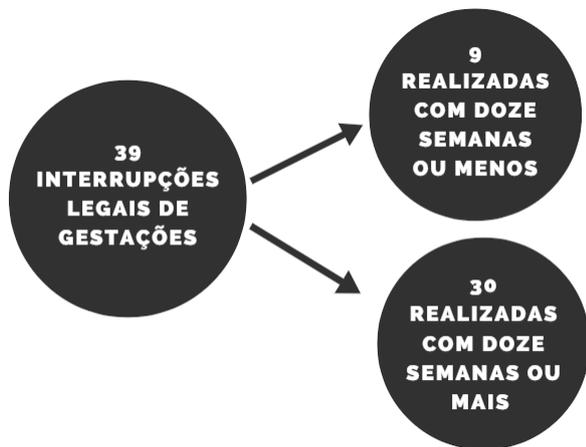
Nove pacientes interromperam a gestação com 12 semanas completas ou menos e 30 estavam com mais de 12 semanas ou mais no momento da interrupção. A média de todas as pacientes foi de 16 semanas e seis dias no momento do abortamento, 19 semanas e um dia no grupo das 17 pacientes que induziram por anencefalia e 13 semanas e um dia no grupo das 22 pacientes que interromperam a gestação por violência sexual. No grupo das pacientes que interromperam a gestação por fetos com anencefalia a idade gestacional mínima foi de 13 semanas e três dias e o máximo de 27 semanas e três dias. Já no grupo de pacientes vítimas de violência sexual a idade gestacional mínima foi de oito semanas e três dias e a idade gestacional máxima no momento da interrupção foi de 18 semanas e cinco dias.

Todas as pacientes foram submetidas a teste rápido de HIV, sífilis, hepatites B e C na internação. Uma paciente cujo feto era anencéfalo recebeu o diagnóstico de sífilis no durante a internação para o abortamento e outra, também para interrupção por anencefalia, já havia realizado tratamento prévio para sífilis, sendo os dois testes rápidos positivos. O restante dos testes rápidos apresentou resultados negativos.

Vinte e nove pacientes necessitaram de Aspiração Manual intrauterina (AMIU) e/ou curetagem uterina durante a

internação para a interrupção da gestação, 18 das 22 no grupo de pacientes violentadas sexualmente e 11 das 17 pacientes no grupo cujos fetos eram anencéfalos. Três pacientes apresentaram tipagem sanguínea com fator Rh negativo e foi aplicado imunoglobulina 300mcg anti-D após o abortamento.

Figura 1 - Relação entre as pacientes que realizaram interrupção legal da gestação antes e após 12 semanas completas entre março de 2018 a setembro de 2020

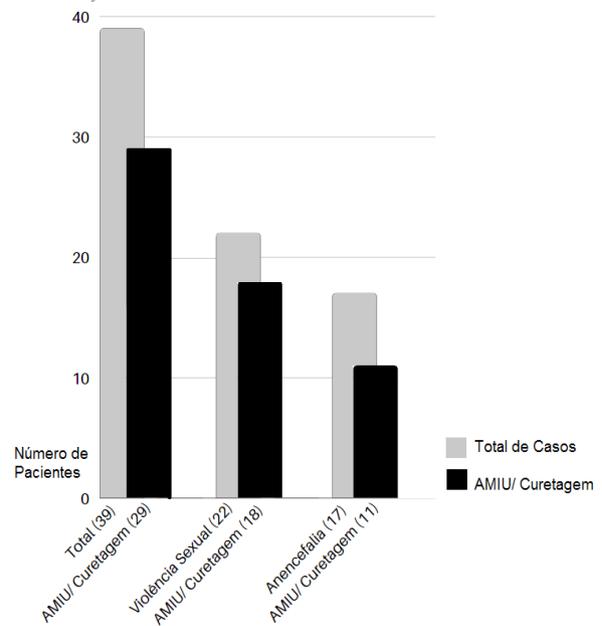


Fonte: Os autores.

Uma paciente apresentou hemorragia nas primeiras horas após abortamento sendo tratada com ocitocina venosa e Misoprostol via retal e duas pacientes apresentaram hemorragia após a alta médica sendo necessária nova internação e nova curetagem uterina. As duas pacientes foram submetidas a curetagem durante a primeira internação.

Cabe destacar que uma paciente estava sendo submetida pela segunda interrupção legal por violência sexual, sendo a primeira realizada em 2014 e outra paciente cuja interrupção da gestação ocorreu em abril de 2018 teve nova gestação e parto em 2019 no HUCAM. Nenhuma interrupção da gestação foi realizada via alvará judicial ou justificada por risco de vida materno iminente. A Tabela 1 mostra as principais características dos casos de aborto legal entre março de 2018 a setembro de 2020.

Gráfico 5 - Casos que foram realizados AMIU/Curetagem nas pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Fonte: Os autores.

Tabela 1 - Características dos casos de aborto legal no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

	Total de interrupções	Anencefalia	Violência sexual
Interrupções	39	17	22
Média de dias de internação	2.8 dias	2.7 dias	2.8 dias
Média de Idade	24.5 anos	24.5 anos	24.3 anos
Média de Idade gestacional	16 semanas e 6 dias	19 semanas e 1 dia	13 semanas e 1 dia
Curetagem/AMIU	29	11	18
Intercorrências	6	2	4
Uso de Imunoglobulina anti-D	3	1	2
Teste Rápido de Sífilis positivo na internação	2	2	0

Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO |

O aborto é considerado crime pelo Código Penal Brasileiro de 1940¹⁰, mas a legislação brasileira prevê essencialmente três formas de aborto descriminalizado, duas delas previstas no artigo 128 e incisos do Código Penal⁴ e outra em um julgamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental, a ADPF 54¹¹.

Muitas vezes é imposto que a gestação seja vista e sentida através de sintomas positivos e idealizados⁵. Causa estranheza e aversão a muitos imaginar que uma mulher não tenha uma experiência agradável com a gestação. Infelizmente, as gestações indesejadas são frequentes entre as brasileiras e a vida de uma mulher que se vê na situação de gravidez não planejada, não consentida ou mesmo planejada, mas com o feto apresentando malformações graves pode ser de grande sofrimento materno⁵. Nada faz com que a gestação seja anulada ou inexistente⁵. A mulher se vê sozinha ao não poder compartilhar seu negativismo em relação à gestação. Via de regra mulher alguma interrompe

uma gestação por satisfação ou deleite, portanto é natural a relação com sofrimento¹².

De maneira geral, estamos diante de uma população de grande vulnerabilidade. Conforme a casuística do estudo, podemos observar que se trata de uma população predominantemente jovem, de primíparas, solteiras e com baixa escolaridade. No trabalho de Major *et al.*¹³, no qual avaliou-se a satisfação das mulheres após abortamento, a maioria das mulheres eram jovens e sem relacionamento estável¹³, dados semelhantes encontrados nas pacientes do presente estudo. Essas mulheres possuem diversas possibilidades no que diz respeito à vida reprodutiva e compartilham entre si vários fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis¹³. A grande maioria das mulheres que tiveram um aborto induzido deseja ter filhos posteriormente¹³. Muitas foram violentadas sexualmente e não realizaram profilaxia após exposição nem anticoncepção de emergência: apenas 9,2% das crianças, 35% das adolescentes e 44% das adultas conforme o estudo de Cerqueira e Coelho, observado na Tabela 1¹⁵.

Tabela 1 - Procedimentos médicos realizados nas vítimas de violência sexual

	Profilaxia DST			Profilaxia HIV		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	21,4	46,1	63,8	18,4	44,5	61,5
Não	68,7	44,4	28,3	71,5	46,0	63,5
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Ignorado	9,5	9,0	7,9	10,0	9,4	8,0
	Coleta de sangue			Coleta de sêmen		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	33,7	53,1	60,1	3,7	10,7	13,0
Não	56,4	37,5	30,7	84,3	76,6	73,4
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Ignorado	9,8	9,4	9,2	11,9	12,7	13,6
	Contracepção de emergência			Aborto previsto em lei		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	9,2	35,0	44,0	0,6	1,7	2,4
Não	62,0	49,0	43,2	38,4	79,8	80,9
Não se aplica	19,9	6,8	2,7	55,9	7,2	2,8
Ignorado	8,9	9,2	10,1	5,1	11,4	13,9
	Profilaxia hepatite B			Coleta de secreção vaginal		
	Crianças	Adolescentes	Adultos	Crianças	Adolescentes	Adultos
Sim	14,4	33,7	49,6	11,0	21,2	22,7
Não	74,9	55,6	40,6	59,8	61,2	61,7
Não se aplica	0,1	0,0	0,0	19,8	6,9	2,7
Ignorado	10,6	10,6	9,8	9,3	10,7	12,9

Fonte: Adaptado de Cerqueira e Coelho¹⁵.

Chama a atenção que os dois casos de sífilis, um já tratado e outro sem tratamento no momento do abortamento foram no grupo das pacientes cujos fetos eram anencéfalos, ou seja, sem exposição à violência sexual. Isso reflete o quanto a infecção por sífilis tem sido presente e o quanto o rastreamento, principalmente em gestantes é de suma importância para se reduzir novos casos de sífilis e de transmissão vertical. Grandes desafios na realidade perinatal brasileira. No estudo de Chen *et al.*, de 2007, foram encontrados cinco resultados positivos para sífilis em 503 pacientes que procuraram um serviço de abortamento legal¹⁶. Nessa casuística foram encontrados dois em 39 casos, ou seja, proporcionalmente um resultado superior ao encontrado no estudo chinês. A profilaxia para infecção no trato genital superior por clamídia após induzidos no primeiro trimestre não é descrita nos manuais de interrupção legal da gestação brasileiros, apesar de serem recomendados em estudos internacionais²¹.

Um dos grandes fatores que atrasa a busca por atendimento para a realização de profilaxia contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e contracepção de emergência nos casos de violência sexual é o fato de o agressor ser conhecido ou próximo da vítima. Além de constrangimento e humilhação experimentada pela vítima, o medo de retaliação por parte do agressor que possa facilmente reencontrar, pesa mais que o medo de gravidez e infecções. A presença de trauma não genital e denúncia a polícia foram fatores determinantes para que a vítima chegue em tempo hábil para a realização adequada de profilaxias tanto para infecções sexualmente transmissíveis quanto para a anticoncepção de emergência¹⁷. As pacientes violentadas sexualmente podem estar cronicamente expostas e vulneráveis a esse mal e sob-risco de nova gestação não planejada¹⁷. Uma paciente do presente estudo estava na sua segunda interrupção legal da gestação fruto de estupro. A proposta de se utilizar métodos contraceptivos de longa duração podem evitar a recorrência de abortamentos induzidos¹⁸. O dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Tcu380A) inserido após coito desprotegido é o método para a anticoncepção de emergência mais eficaz¹⁸. Estudos recentes sugerem que o endoceptivo hormonal com levonorgestrel também pode ser utilizado como anticoncepção de emergência e sem inferioridade aos outros métodos já estabelecidos¹⁹. Em países da Europa e Estados Unidos esse método chegou a ser escolhido por 11% das pacientes que procuraram algum tipo de anticoncepção de Emergência²⁰. Tal método

é pouco utilizado como método de anticoncepção nos serviços de saúde brasileiros.

Uma pesquisa feita na Serra, município da Grande Vitória, analisou um grupo de 21 mulheres que fizeram aborto induzido clandestinamente e verificou-se que 47% dos casos houve incentivos ou intimidação de alguém; 38% foi o companheiro e em 23% o pai da gestante²². Em um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, o IPEA, por Cerqueira & Coelho, em 2014, mostrou que 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorado, amigos ou conhecidos, mostrando que o agressor pode estar próximo da vítima e os abusos podem ser recorrentes¹⁵. O fato de o agressor ser um desconhecido da vítima diminui as chances da mulher recorrer ao aborto, enquanto se é um conhecido há maior probabilidade que ela recorra a interrupção, podendo haver casos de chantagem e coerção¹⁵. A chance de a mulher fazer o aborto legal quando é estuprada por um parente é 2,3 vezes maior comparadas a aquelas vítimas que foram agredidas por desconhecidos¹⁵.

A permissão de abortamento sem necessidade de boletim de ocorrência ou qualquer forma de comunicação às autoridades jurídicas ou segurança, com taxativa orientação para médicos e outros profissionais não comunicarem o fato a polícia ou outra autoridade²³ pode configurar uma brecha na perpetuação do ciclo de abortos nessas pacientes. Em contrapartida, a não obrigatoriedade do boletim de ocorrência pode tornar a vítima de violência sexual menos exposta e vulnerável, torna o processo de abortamento menos burocrático e mais acessível a aquelas que desejarem a interrupção legal da gestação da vítima de estupro¹.

Mesmo após tantos anos da lei que garante o aborto seguro e descriminalizado nos casos de estupro e mais recentemente nos casos de fetos anencéfalos ainda existe desinformação, inclusive nos profissionais da saúde e no meio jurídico acerca dos direitos das pacientes ao aborto. Além disso, nota-se que se trata de um número relativamente pequeno de interrupções de gestações provenientes de violência sexual em relação ao número elevado de crimes sexuais que ocorrem diariamente em nosso meio, mesmo em uma região metropolitana brasileira e em um serviço de referência, o que mostra que há subnotificações e barreiras que impedem que essas pacientes cheguem ao atendimento inicial após exposição sexual em tempo hábil, anticoncepção

de emergência, profilaxia de IST e ao abortamento, mesmo previsto em lei¹⁵.

Algumas recomendações, todas com nível A de evidência são citadas para melhor abordagem de pacientes que passarão pelo abortamento ou como forma de reduzir que abortos sejam realizados, entre elas: Prevenir gestações indesejadas e abortos inseguros, sempre orientar sobre fertilidade e anticoncepção nos serviços de saúde, orientar sobre cuidados pré-concepcionais, participação de homens no planejamento anticoncepcional e melhora na abordagem psicológica aos serviços de abortamento⁶.

Ha um crescente movimento de empoderar a mulher para realizar a própria indução do abortamento²⁴. Tem sido implementado com sucesso em diversos países ensinando a mulher a usar o Misoprostol e com isso não recorrem à instrumentação, manipulação uterina e assim a mortalidade materna cai²⁴. Sempre que há leis restritivas que podem favorecer abortos clandestinos²⁵. As implicações legais para médicos e pacientes ainda não são claras e há grandes limitações de logística, éticas e legais para essa estratégia prosseguir, mas geralmente as pacientes são guiadas por informações *online*, são garantidas medicações confiáveis, e é providenciada uma rede de cuidado hospitalar próxima para finalizar o esvaziamento uterino seguro, se necessário²⁴. No cenário atual brasileiro, essa metodologia pode soar absurda, mas em alguns países é útil na lacuna entre o consenso nacional sobre direito ao aborto e as pacientes que ficam à margem da sociedade que recorrem a esse método. Desde 2011, pesquisas nas plataformas de busca com termos “como ter um abortamento” ou semelhantes aumentaram em mais de 100%²⁴.

Cabe salientar também acerca dos resultados de sífilis no presente estudo: Os casos foram localizados no grupo de gestantes com fetos anencéfalos e isso mostra o quanto a sífilis está presente em nosso meio e em pacientes que não apresentavam os fatores de risco clássicos e estigmatizados de IST²⁶. Temos vivido um aumento expressivo dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita e o rastreamento adequado no pré-natal, tratamento adequado de pacientes e parceiros sexuais, a vigilância adequada do sucesso do tratamento e principalmente conscientização e educação sexual são as principais ferramentas para reverter essa situação²⁶.

A principal limitação do estudo se dá ao fato da coleta dos dados ter sido feita em apenas um serviço, podendo

apresentar vieses de seleção e não possuir validade externa ou a nível populacional.

CONCLUSÃO |

O abortamento legal é um tema de relevância uma vez que a tendência mundial tem sido a favor da flexibilização da lei e do rigor quanto ao abortamento²⁵. O Brasil tem seguido essa tendência ao legalizar o aborto em caso de anencefalia e descriminalizar em caso de malformações fetais graves através de mandados judiciais. Conhecer as repercussões a curto e longo prazo do possível aumento de abortamentos induzidos e ter um perfil detalhado dessas gestantes são de suma importância para planejamento futuro de políticas públicas e protocolos assistenciais em como conduzir de forma humanizada e adequada as pacientes que apresentam essa demanda. Esse estudo objetivou conhecer as principais características demográficas, sociais, clínicas e comportamentais de pacientes que passaram pela interrupção da gestação em serviço de referência no Sistema Único de Saúde no Espírito Santo.

Cada vez mais as pacientes, familiares e amigos buscarem informações sobre os casos nos quais o abortamento previsto em lei é permitido e é de suma importância que o profissional de saúde tenha conhecimento atualizado e principalmente sensibilidade ao lidar com esses casos.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Volkov VG, Granatovich NN, Survillo EV, Pichugina LV, Achilgova ZS. Abortion in the Structure of Causes of Maternal Mortality. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018 Jun;40(6):309-312. doi: 10.1055/s-0038-1657765. Epub 2018 Jun 12. PubMed PMID: 29895089.
3. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the

30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1915-1928. doi:10.1590/1413-81232018236.03942018.

4. Monteiro, Mario & Adesse, Leila & Drezett, Jefferson. (2015). Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério.* 30. 1-8. 10.1016/j.recli.2015.05.003.

5. Zugaib M, Francisco RPV, Cançado SJB. Zugaib obstetrícia. 4ª Edição. Barueri-SP: Editora Manole, 2020.

6. Universidade Federal do Espírito Santo. *Revista Guará, Vitória, v.I, 2012.* Disponível em: periodicos.ufes.br/guara/article/view/10091/6880.

7. Santos, Jetro & Drezett, Jefferson & Alves, Alan. (2015). Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. *Reprodução & Climatério.* 17. 10.1016/j.recli.2015.05.004.

8. Drezett, Jefferson & Pedroso, Daniela & Meirelles, Alcina & Gebrim, Luiz. (2012). A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar. *O mundo da saúde.* 36. 346. 10.15343/0104-78092012362346350.

9. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;138(3):363-366. doi:10.1002/ijgo.12181.

10. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde. Brasília-DF, j.11/04/2012a. Informativo do STF n. 661. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm#ADPF%20>

[e%20interrup%C3%A7%C3%A3o%20de%20gravidez%20de%20feto%20anenc%C3%A9falo%20-%2026](#).

12. Souza, Flavia & Drezett, Jefferson & Meirelles, Alcina & Ramos, Denise. (2012). Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reproducao & Climaterio.* 27. 98–103. 10.1016/j.recli.2013.03.002.

13. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(8):777-784. doi:10.1001/archpsyc.57.8.777.

14. Zafran N, Musa M, Suarez-Easton S, Garmi G, Romano S, Salim R. Risk of preterm birth and low birthweight following consecutive surgical and medical abortions. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;296(4):763-769. doi:10.1007/s00404-017-4474-x

15. Cerqueira D, Coelho DSC. Nota Técnica - Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar) Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; março de 2014.

16. Chen S, Li J, van den Hoek A. Universal screening or prophylactic treatment for Chlamydia trachomatis infection among women seeking induced abortions: which strategy is more cost-effective?. *Sex Transm Dis.* 2007;34(4):230-236. doi:10.1097/01.olq.0000233739.22747.12

17. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett, J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *Journal of Human Growth and Development, v. 23, n. 1, p. 46-51, 2013.*

18. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD001324. Published 2008 Apr 16. doi:10.1002/14651858.CD001324

19. Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. *N Engl J Med.* 2021;384(4):335-344. doi:10.1056/NEJMoa2022141.

20. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, et al. Copper T380A intra-uterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG.* 2010;117(10):1205-1210. doi:10.1111/j.14710528.2010.02652.x.

21. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012(3):CD005217. Published 2012 Mar 14. doi:10.1002/14651858.CD005217.pub2.
22. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. *Rev. bras. epidemiol.* 2007 Dec. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400019>.
23. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.
24. Tasset J, Harris LH. Harm Reduction for Abortion in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018;131(4):621-624. doi:10.1097/AOG.0000000000002491.
25. Latt SM, Milner A, Kavanagh A. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. *BMC Womens Health.* 2019;19(1):1. Published 2019 Jan 5. doi:10.1186/s12905-018-0705-y.
26. Oliveira D, Rosa LD, Perez Serrão BB, et al. Rollet's mixed chancre in Brazilian pregnant women: An unusual case report. *Int J Infect Dis.* 2020;91:57-59. doi:10.1016/j.ijid.2019.11.011.

Correspondência para/Reprint request to:

João Victor Jacomele Caldas

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes,

Avenida Marechal Campos, 1468,

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29043-260

E-mail: joaovictorcaldas@hotmail.com

Recebido em: 18/03/2021

Aceito em: 29/05/2021