

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JOÃO VICTOR JACOMELE CALDAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICA DOS
CASOS DE PACIENTES QUE INTERROMPERAM LEGALMENTE
A GESTAÇÃO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, EM VITÓRIA-ES,
ENTRE MARÇO DE 2018 A SETEMBRO DE 2020.**

VITÓRIA – ES

2021

JOÃO VICTOR JACOMELE CALDAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICA DOS
CASOS DE PACIENTES QUE INTERROMPERAM LEGALMENTE
A GESTAÇÃO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, EM VITÓRIA-ES,
ENTRE MARÇO DE 2018 A SETEMBRO DE 2020**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

Orientadora: Prof. Dra. Neide Aparecida Tosato Boldrini.

VITÓRIA - ES

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Centro de Ciências da Saúde
Residência Médica

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICA DOS CASOS DE
PACIENTES QUE INTERROMPERAM LEGALMENTE A GESTAÇÃO EM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, EM VITÓRIA-ES, ENTRE MARÇO DE 2018 A
SETEMBRO DE 2020**

JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS

Monografia submetida ao Programa de Residência Médica de **GINECOLOGIA
E OBSTETRÍCIA** do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo - como requisito para a conclusão do Programa de Residência
Médica em **GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**.

Aprovado em 01 de fevereiro de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

Neide A T Boldrini

Prof. Dra. Neide Aparecida Tosato Boldrini

Orientadora

Carolina Loyola Prest Ferrugini

Dra. Carolina Loyola Prest Ferrugini

Membro da Banca

Chiara Musso Ribeiro de Oliveira Souza

Dra. Chiara Musso Ribeiro de Oliveira Souza

Membro da Banca

AGRADECIMENTO

Nesse trabalho se encerra um projeto de três anos. Foram dias de aprendizado, de amadurecimento, de crescimento profissional e de vivenciar o nascimento de vidas, famílias e amores. Também foram dias de desafios, de despedidas e de sentir a limitação humana.

Agradeço a Deus pela força, ânimo e pelo privilégio que me deu de exercer a Ginecologia e Obstetrícia.

Sou grato a minha mãe, Darcy, por me amar tanto e exercer a maternidade de forma tão sublime. Ao meu padrasto, Fernando Alves Costa por todo o cuidado com nossa família. Aos queridos Léo e Angélica, por mesmo longe comemorarem minhas vitórias.

Agradeço a nossa chefe e minha orientadora, Prof Dra Neide Boldrini, por desde sempre ter muito carinho, cuidado e zelo com nossa formação. À amiga Dra Helena Lúcia Barroso dos Reis por todas as conversas leves e divertidas, ensinamentos, incentivos, por todos os projetos que trabalhamos juntos e por sempre ter acreditado em mim.

Aos queridos obstetras da Maternidade de Carapina pelo carinho conosco mesmo nos dias mais intensos.

Aos mestres do HUCAM que estiveram ao meu lado desde o primeiro dia.

As amigas e agora companheiras de profissão, Danielle, Letícia, Luana e Lúcia por deixarem essa jornada mais leve.

Ao meu esposo, Adriel, que mais do que ninguém quer me ver feliz e realizado.

Agradeço, em especial, a todas as pacientes que estiveram presentes em minha formação e que confiaram a mim seus medos, dores, seus corpos e sua intimidade. Dedico minha formação especialmente à vocês.

“E os teus ouvidos ouvirão a palavra do que está por detrás de ti, dizendo: Este é o caminho, andai nele” Is 30;21

RESUMO

O abortamento realizado de forma insegura e ilegal continua sendo um grave problema social e de saúde pública. Esse tema torna-se ainda mais complexo ao relacionar as gestações oriundas de violência sexual ou quando os fetos apresentam má formação graves. Apesar do aborto no Brasil não ser considerado crime nos casos de risco de vida materno e em casos de estupro desde 1940 e mais recentemente nos casos de anencefalia, muitas mulheres ainda encontram muitas barreiras no sistema jurídico e assistencial para realização do aborto, mesmo nos casos previstos em lei. O objetivo desse estudo é descrever o perfil clínico, social e epidemiológico das mulheres adolescentes e adultas submetidas à interrupção legal da gestação no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), entre o período de março de 2018 a setembro de 2020. Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva com coleta de dados em prontuários de 39 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, sendo 22 gestações interrompidas por serem frutos de violência sexual e 17 de fetos anencéfalos. Os resultados condizem com a literatura ao detalhar uma população de grande vulnerabilidade social. Conforme a casuística do estudo, podemos ver que se trata de uma população predominantemente jovem, primípara, solteira, com baixa escolaridade e que possuem diversas possibilidades no que diz respeito à vida reprodutiva futura. Foram encontrados dois testes rápidos de sífilis positivos, sendo estes nas pacientes com fetos anencéfalos. 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 para conduzir de forma humanizada e adequada as pacientes que apresentam essa demanda.

Palavras- Chave: Aborto Legal, Anencefalia, Estupro, Legislação, Delitos Sexuais

ABSTRACT

Unsafe and illegal abortion remains a serious social and public health problem. This issue becomes even more complex when relating pregnancies resulting from sexual violence or when the fetus presents serious malformations. Although abortion in Brazil is not considered a crime in cases of risk of maternal life and in cases of rape since 1940 and more recently in cases of anencephaly, many women still encounter many barriers in the juridical and assistential system to perform the abortion, even in the cases foreseen by law. The objective of this study is to describe the clinical, social, and epidemiological profile of adolescent and adult women undergoing legal abortion at Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) between March 2018 and September 2020. This is a retrospective cohort study with data collection from medical records of 39 patients who met the inclusion criteria, with 22 pregnancies interrupted because they were the result of sexual violence and 17 of anencephalic fetuses.. The results match the literature by detailing a population of considerable social vulnerability. According to the study casuistry, we can see that this is a predominantly young, primiparous, single population, with low schooling and several possibilities regarding future reproductive life. Two rapid tests of positive syphilis were found, these in patients with anencephalic fetuses. Knowing the short and long term repercussions of the possible increase of induced abortions and having a detailed profile of these pregnant women are of paramount importance for future planning of public policies and assistance protocols to conduct in a humanized and adequate manner the patients who present this demand.

Keywords: Abortion, Anencephaly, Rape, Legislation, Sex Offenses

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

ADPF- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

Portaria MS/GM – Portaria do Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro

STF – Supremo Tribunal Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

AMIU – Aspiração Manual Intrauterina

mm- Milímetros

cc – Centímetros Cúbicos

Rh – *Rhesus*

FIGO – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

DIU – Dispositivo intrauterino

mcg – Microgramas

mg – Miligramas

AE – Anticoncepção de Emergência

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

HIV – Acquired Immunodeficiency Syndrome

Kg- Quilograma

g – grama

IM – Intramuscular

MS – Ministério da Saúde

DNA – Ácido desoxirribonucleico

HIBG – Gamaglobulina Hiperimune

HPV – Papilomavírus Humano

CDC – Centers of Disease Control and Prevention

PEP – Profilaxia pós-exposição

TARV – Terapia Antirretroviral

TDF – Tenofovir

3TC – Lamivudina

DTG – Dolutegravir

AZT – Zidovudina

NVP – Nevirapina

RAL – Raltegravir

LPV/r – Lopinavir/ritonavir

VDRL – *Veneral Disease Reseach Laboratory*

RPR – *Rapid Plasma Reagin*

FTA-ABS – *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*

TR – Teste Rápido

CT – *Chlamydia trachomatis*

PCR – *Polymerase Chain Reaction*

NG – *Neisseria gonorrhoeae*

RR – Risco Relativo

CI – Intervalo de Confiança

TV – *Trichomonas vaginalis*

VB – Vaginose Bacteriana

KOH – Hidróxido de Potássio

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

PAVIVIS – Programa de Atendimento à Vitimas de Violência Sexual

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

AGHU – Aplicativo de Gestão Para Hospitais Universitários

CEP-CCS- Comitê de ética em pesquisa – Centro de Ciências da Saúde

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema Profilático das Principais Infecções Sexualmente Transmissíveis pós violência sexual.....	27
Figura 1: Esquema Profilático contra Hepatite B com vacinação e gamaglobulina hiperimmune	27
Figura 2: Esquema profilático com TARV realizadas na profilaxia pós-exposição sexual.....	29
Figura 3: Regime posológico do Misoprostol relacionado ao período gestacional que se encontra o conceito segundo o protocolo FIGO 2017	39
Figura 5: Procedimentos médicos realizados nas vítimas de violência sexual (%).	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos casos de aborto legal no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020.....	58
---	----

LISTA DE ALGORÍTIMOS E GRÁFICOS

Gráfico 1- Interrupção legal de gestações no HUCAM. Total de casos interrompidos por violência sexual e anencefalia entre março de 2018 a setembro de 2020	50
Gráfico 2- Estado civil das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	51
Gráfico 3- Naturalidade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	52
Gráfico 4- Procedência das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	52
Gráfico 5- Idade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	53
Gráfico 6- Cor autodeclarada das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	53
Gráfico 7- Escolaridade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	54
Gráfico 8- Média de Idade Gestacional das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	56
Gráfico 9- Casos que foram realizados AMIU/Curetagem nas pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020	57
Algoritmo 1- Pacientes com Ensino Superior que interromperam legalmente a gestação no HUCAM.....	55
Algoritmo 2 - Relação entre as pacientes que realizaram interrupção legal da gestação antes e após 12 semanas completas.....	56

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	15
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 – A LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO ABORTO PELO MUNDO	16
2.2 – A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	16
2.2.1 – Abortamento legal em caso de risco de vida materno.....	17
2.2.2 – Gestações oriundas de violência sexual	18
2.2.3 - Interrupção legal da gestação de fetos anencéfalos	19
2.2.4 – Outras circunstâncias em que a interrupção da gestação não é criminalizada.....	21
2.2.5 - A objeção de consciência pelo médico	22
2.2.6 - Perspectivas futuras para a legislação brasileira.....	22
2.2.7 – Outras leis e decretos relacionados ao processo de abortamento legal.....	23
2.3 – O ATENDIMENTO INICIAL À VÍTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	23
2.3.1 - A ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	24
2.3.1.1 - Pílulas com Progesterona e medicações com ação antiprogestínica.....	25
2.3.1.2 - Dispositivo intrauterino de Cobre - DIU-Tcu380A.....	26
2.3.2 – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E VIOLENCIA SEXUAL	26
2.3.2.1 - Hepatite B.....	28
2.3.2.2 - HPV – (Papilomavírus Humano)	29
2.3.2.3 - HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).....	30
2.3.2.4 - Sífilis	32
2.3.2.5 - Cancro mole.....	33
2.3.2.6 - <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT)	34
2.3.2.7 - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG)	36
2.3.2.8 - <i>Trichomonas vaginalis</i> (TV)	36
2.3.2.9 - Vaginose bacteriana – (VB).....	37
2.4 – TÉCNICAS DE INDUÇÃO DE ABORTAMENTO	37
2.4.1 Aspiração manual intrauterina (AMIU)	37
2.4.2 Indução farmacológica:	38
2.4.3 – Aborto Cirúrgico	41
2.5 - COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO ABORTAMENTO INDUZIDO.....	41
2.5.1– Subfertilidade por fator tubário e abortamento induzido.....	41

2.5.2 – Prematuridade, baixo peso ao nascer e outros desfechos perinatais ruins associados ao abortamento induzido em gestação anterior.....	42
2.5.3 – Abortamentos induzidos como fator de risco para câncer de mama	43
2.5.4 - Doenças autoimunes e abortamento	44
2.5.5 – Risco de placenta prévia em gestações seguintes ao abortamento induzido	45
2.5.6 – Experiências da mulher em relação ao processo de abortamento induzido	45
2.5.7 – Agravos à saúde mental relacionado ao abortamento induzido.....	46
3 – A INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÕES NO HUCAM	47
3.1 – O PAVIVIS	47
4- OBJETIVOS	48
4.1 OBJETIVOS GERAIS.....	48
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
5- METODOLOGIA	48
5.1- DELINEAMENTO DO ESTUDO	48
5.2 – MATERIAIS, MÉTODOS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	48
5.3 – COLETA DE DADOS	49
5.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	49
5.5 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	50
6- RESULTADOS.....	50
7 - DISCUSSÃO	58
8- CONFLITOS DE INTERESSE.....	64
9-CONCLUSÃO	64
10- REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS	65
11- ANEXO 1 - ATA DE INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA UTILIZADO NO HUCAM	71
12 – ANEXO 2 - TERMOS PARA INTERRUPÇÃO LEGAL DE GESTAÇÃO PROVENIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL UTILIZADOS NO HUCAM	72
13 - ANEXO 3 - PARECER DO CEP AUTORIZANDO A PESQUISA	77

1- INTRODUÇÃO

O abortamento é a interrupção da gravidez até a vigésima ou vigésima segunda semana de gestação e com produto da concepção pesando menos de 500g (BRASIL, 2011). O abortamento ilegal e feito de forma insegura representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil (BRASIL, 2011). 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 País (Brasil, 2011). Em municípios da região metropolitana de Recife, incluindo a capital, entre 1994 e 1996, o aborto já ocupou, respectivamente o primeiro e segundo lugar nas causas de morte materna, decrescendo nos anos seguintes. Além da mortalidade materna, a hospitalização pós-abortamento confirmam sua magnitude. A curetagem pós-abortamento representou o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das gestações é indesejada e uma em cada nove mulheres recorrem ao abortamento para interrompê-las. (BRASIL, 2011).

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 misoginia (LEAL et al, 2018). 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, muitas recorriam à laqueadura ou ao aborto (LEAL et al, 2018). Em 1986, 44% das brasileiras em idade fértil eram laqueadas. No início dos anos 90, no Nordeste, alcançaram 63%. Em 1986, antes do SUS, 57% das mulheres usavam anticoncepcionais e em duas décadas esse número subiu para 80,6% (LEAL et al, 2018).

Sabe-se que o aborto ainda é largamente utilizado no Brasil, em 2010 em inquérito em área urbana, 22% das mulheres entre 35-39 anos já haviam feito um aborto induzido (LEAL et al, 2018). Esse inquérito foi repetido em 2016, confirmando alta ocorrência de abortamentos, especialmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste (LEAL et al, 2018).

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 – A LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO ABORTO PELO MUNDO

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 (El Salvador, Guiana, Indonésia e Malta) e 2013 esse número subiu para cinco (Chile, República Dominicana, El Salvador, Malta e Nicarágua) (LATT et al, 2019). Do lado oposto, em 1985 cerca de 43 países possuíam legislação permissiva ao abortamento e em 2013 elevaram-se 52 países (LATT et al, 2019). De acordo com dados recentes do Instituto Guttmacher, o número de abortos induzidos no mundo caiu de 45.6 milhões, em 1995, para 41,6 milhões em 2003. (BRASIL,2011). A queda nos índices foi mais drástica em países desenvolvidos e a queda mais acentuada se deu no leste europeu, onde o aborto já é seguro e descriminalizado, na maioria dos países (BRASIL, 2011).

Nem sempre legalidade do ato reflete a opinião pública, seja concordando ou consentido com essa decisão. Mesmo a interrupção da gestação sendo legalizada em alguns casos, o fardo dessa decisão torna-se mais pesado às gestantes ao terem que lidar com conflitos internos, interpessoais e com profissionais da área jurídica ou de assistência a saúde (PETERSEN et al, 2018). Muitas mulheres expressaram felicidade em descobrir que são férteis combinadas com vergonha e culpa por não conhecerem seus corpos, na falha do método anticoncepcional e responsabilização feminina sobre a anticoncepção. (PETERSEN et al, 2018). Geralmente as pacientes pensam positivamente acerca do direito ao aborto, mas tem muita dificuldade ao decidirem sobre a própria vida (PETERSEN et al, 2018).

2.2 – A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil o aborto é considerado crime e está no Código Penal Brasileiro de 1940, (Titulo 1 – dos crimes contra a pessoa, Capitulo 1 – dos crimes contra a vida, da parte especial), com pena de um a três anos de

detenção para gestante e um a dez anos para o indivíduo que executou o aborto (BRASIL, 1940).

A legislação brasileira prevê essencialmente três formas de aborto descriminalizado, duas delas previstas no artigo 128 e incisos do Código Penal (BRASIL, 1940) e outra em um julgamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental, a ADPF 54. (BRASIL, acesso em 25 out. 2020).

2.2.1 – Abortamento legal em caso de risco de vida materno

Refere-se aos casos que processo de abortamento é indispensável para salvar a vida da gestante, seja em casos de morte iminente ou em situações em que a própria evolução da gestação possa causar repercussões suficientemente graves para levar a gestante a óbito (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). É chamado na legislação brasileira de Aborto necessário ou terapêutico - Artigo 128; I do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940)

Apesar de legalizado, não há nenhuma normatização de como um abortamento nessas circunstâncias deva ser amparado (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Diferente da definição de abortamento da OMS, que define como interrupção da gravidez até a vigésima ou vigésima segunda semana de gestação e com produto da concepção pesando menos de 500g (BRASIL, 2011), na legislação brasileira não há limite de idade gestacional ou peso fetal que seja realizado um abortamento. Para a realização de aborto terapêutico em razão da existência de risco de vida materno o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, o CREMESP, estabeleceu as seguintes recomendações (FEBRASGO, 2004; ZUGAIB. p 1323):

- Avaliação realizada por dois médicos (idealmente três) indicando a interrupção da gestação, sendo um deles especialista na doença que esta motivando a interrupção.
- Registro das justificativas no prontuário médico da paciente, explicitando de forma clara que a interrupção da gestação é a única e mais adequada maneira de preservar a saúde da gestante.

- Realização somente após o consentimento expresso da gestante (ou representante legal) e esclarecimento sobre a necessidade do procedimento.
- Garantia do acompanhamento por equipe multiprofissional, especialmente por psicólogo.
- Individualização da conduta em situações especiais como câncer, coma, choque, quimioterapia e radioterapia.
- Informar a decisão a diretoria clínica da instituição e com toda a equipe assistente.
- Não é necessária autorização judicial.

2.2.2 – Gestações oriundas de violência sexual

O Artigo 128; II do Código Penal Brasileiro regulamenta a prática de aborto nos casos de estupro/ violência sexual e no texto original é chamado de Aborto sentimental ou humanitário (BRASIL, 1940).

A Portaria MS/GM Nº 1.508, de Setembro de 2005, que dispõe sobre a documentação necessária para a interrupção da gravidez prevista em lei nesses casos (ANDRADE; 2017). Durante os atendimentos, para que a gestação decorrente de violência sexual seja interrompida, devem ser preenchidos termos, que são anexados em prontuário da paciente. Não é necessário boletim de ocorrência lavrado em delegacia ou autorização expedida por juiz. Os seguintes documentos são:

I – Termo de Relato Circunstanciado: Assinado pela gestante ou representante legal e por dois profissionais da saúde do serviço e deve conter detalhes sobre o fato como local, dia e hora aproximada, tipo e forma de violência, descrição dos agressores e relatos de testemunhas, se houver.

II – Parecer técnico emitido por médico assistente

III – Termo de aprovação de Procedimento de interrupção da Gravidez resultante de estupro: Assinado pela Gestante e por pelo menos três integrantes da equipe de saúde

IV - Termo de responsabilidade: Com detalhamento claro sobre o crime de falsidade ideológica e de aborto, caso não tenha sido vítima de violência sexual.

V- Termo de Consentimento Livre e esclarecido Realizado em linguagem clara e acessível

A Lei 12.845 popularmente conhecida como Lei do Minuto Seguinte, foi sancionada em 1º de agosto de 2013 e visa o direito das vítimas de violência sexual, que desde então podem buscar atendimento emergencial, integral, multidisciplinar e gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS), sem a necessidade do boletim de ocorrência ou qualquer outro documento que comprove o abuso sofrido. (BRASIL, acesso em 13 nov. 2020)

2.2.3 - Interrupção legal da gestação de fetos anencéfalos

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 (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Por meio da ADPF, número 54, ajuizada em 2004, a Confederação Nacional dos trabalhadores de saúde solicitou ao STF que a antecipação terapêutica do parto de feto anencéfalo fosse descaracterizada como aborto e pediu concessão à gestante com tal diagnóstico o direito a descontinuar a gestação sem necessidade de autorização judicial ou qualquer outra forma de permissão do Estado. Em 2012 o STF julgou, por oito votos favoráveis e dois contra, procedente essa ação e decidiu que é incompatível com a constituição a interpretação de que a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II do Código Penal. Ou seja, a partir de então a interrupção da gestação de fetos anencéfalos ficou descaracterizada como crime de aborto. (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Diferentemente dos casos de interrupção legal por violência sexual, nenhum termo em específico é exigido para gestações com fetos acometidos

por anencefalia. Contudo, a Resolução nº 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina – CFM definiu as diretrizes para o diagnóstico de anencefalia para antecipação terapêutica para o parto, que engloba ultrassonografia obstétrica realizada a partir de 12 semanas de gestação que deve conter:

I- Duas fotografias, identificadas e datadas, uma com feto em posição sagital e outra com visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando ausência de calota craniana e parênquima cerebral identificável.

II - Laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

A interrupção da gestação de fetos anencéfalos pode ser realizada em qualquer idade gestacional. Contudo, juridicamente não há conduta clara e específica que regulamenta como proceder em caso de interrupções tardias, cujos fetos não podem se enquadrar como abortamento. Por lei a gestante teria direito a licença maternidade, o feto deveria receber declaração de nascido vivo (quando ocorrer), ter registro de nascimento e óbito em cartório e isso traria grande mudança jurídica na estrutura familiar, por exemplo, em divisões de heranças.

As necessidades de folato na gravidez passam de valores em torno de 50 a 100ug/dia para 400ug/dia (CUNNINGHAM, F. G, 2012). As deficiências dessa vitamina além de causar anemia megaloblástica são fortemente associada a defeitos no tubo neural do feto, entre eles a anencefalia. É recomendado o consumo diário de 0,4mg de ácido fólico a todas as mulheres em idade reprodutiva (CUNNINGHAM, F. G, 2012). Doses mais elevadas são indicadas em algumas situações como gemelaridade, anemia hemolítica, doenças inflamatórias intestinais, alcoolismo, uso de anticonvulsivantes e gestantes que tiveram filho anterior com defeitos do tubo neural, sendo a dose nesses casos é preconizada em 4mg/dia (CUNNINGHAM, F. G, 2012). Além disso, deve-se iniciar a suplementação previamente ao período concepcional, ou seja, realizando um planejamento reprodutivo (CUNNINGHAM, F. G, 2012)

2.2.4 – Outras circunstâncias em que a interrupção da gestação não é criminalizada

Outras formas de abortamento, menos comuns, também são possíveis por via de concessão de alvará judicial (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). O principal motivo que gestantes ou casais recorrem à justiça é para descontinuar a gravidez de feto com anomalias caracterizadas incompatíveis a vida. (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Nesse caso é necessário descaracterizar o ato da interrupção da gestação como crime e assim tornar possível o atendimento da gestante tanto em hospitais públicos como em privados para o abortamento ou antecipação do parto (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Não existe legislação específica o que demonstra a necessidade de interpretação da lei e de discussão por juristas e sociedade sobre o tema (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Por se tratar de uma interpretação da lei, os casos devem ser avaliados individualmente, e podem se posicionar tanto a favor como contra a interrupção. A autorização da justiça representa uma aprovação social para a interrupção da gravidez, o que elimina sentimentos de culpa gerada pelos julgamentos morais.

Com o evoluir dos exames de imagem e aperfeiçoamento de técnicas diagnósticas cada vez mais precoces e com melhores sensibilidade e especificidade, diversas gestantes recebem diagnósticos de malformações fetais graves e incompatíveis a vida extrauterina e algumas delas desejam interromper a gestação por esse motivo (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Em países desenvolvidos, problemas fetais de origem metabólica, cromossomopatias, defeitos em tubo neural e outras chegam a índices de 100% de abortamento (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

No Brasil, a única malformação na qual o aborto é legalizado é nos casos de anencefalia; no entanto, quando há outras malformações incompatíveis com a vida existe possibilidade da interrupção da gravidez também ser autorizado, porem, não há definição médica do que se caracterize que a gravidade de determinada doença do feto é incompatível a vida e não

existe uma definição sobre “vida normal” (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Quando ocorre um diagnóstico de doença fetal comprovadamente grave, como nos casos de cardiopatia congênita complexa e irreparável, malformações graves de sistema nervoso central, quase sempre a interrupção da gestação é aceita. Não há uma lista de doenças ou normativa em orientar quais situações são possíveis indicar uma interrupção da gestação. Os casos devem ser avaliados individualmente (FIGO, 2008).

Cabe a paciente e as pessoas que a cercam tomarem essa decisão. É vetado ao médico impor suas preferências pessoais, culturais ou crenças e influenciar a escolha da gestante, que nesse momento encontra-se fragilizada e vulnerável, mas é de bom tom que dê orientações a paciente (FIGO, 2008).

2.2.5 - A objeção de consciência pelo médico

O código de ética médica permite no artigo 28 que o médico possa recusar a realização de atos que embora sejam permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. O CFM por outro lado, enfatiza que o médico deve oferecer alternativa a quem lhe demandar o serviço de acordo com o artigo 7 (CREMESP, 2004). Além disso, a instituição que presta o atendimento não pode ter objeção ou gerar qualquer forma de obstrução do direito ao abortamento garantido em lei da gestante.

2.2.6 - Perspectivas futuras para a legislação brasileira

Há projetos de leis que tramitam no poder legislativo Federal há vários anos tanto favoráveis à descriminalização do aborto e outros que desejam tornar aborto ilegal e com penas mais duras à gestante que praticar e a profissionais que eventualmente participem dos abortamentos. Um dos principais projetos de lei que atua contra a legalização do aborto é o 478/2007, também chamado de Estatuto do nascituro. Atualmente tramita na comissão de defesa dos direitos da mulher da Câmara dos Deputados. Nesse estatuto, por exemplo, sugere-se prioridade de adoção nas gestações frutos de estupro e pensão alimentícia até completar 18 anos e também prisão a gestante que abortar ilegalmente de 1 a 3 anos (PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2007).

Simultaneamente tramita no senado o projeto de lei 236/2012 – que visa alteração do código penal para ampliar as hipóteses em que exclui crime de aborto (SENADO FEDERAL, 2012). Nesse projeto inclui a legalização do aborto nos casos de risco de vida ou a saúde da gestante, violação da dignidade sexual ou emprego de técnica de reprodução assistida não consentida, anencefalia ou o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extrauterina e por vontade da gestante até 12 semanas quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não tem condições para a maternidade (SENADO FEDERAL, 2012).

2.2.7 – Outras leis e decretos relacionados ao processo de abortamento legal

A Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, assinada pelo ministro da Saúde interino, Eduardo Pazuello, revoga a Norma Técnica Prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulher e adolescentes e a Portaria nº 1.508, de 1º de Setembro de 2005 e torna obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente dos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro (BRASIL, 2020). A medida não garante o atendimento à saúde das mulheres, dificulta o acesso aos seus direitos sexuais e implica em violação de normas internacionais de direitos humanos. Dias depois essa portaria foi revogada.

2.3 – O ATENDIMENTO INICIAL À VÍTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

O atendimento à vítima de violência sexual caracteriza-se como um momento de grande importância, devendo promover um atendimento humanizado, ético e atencioso (ANDRADE, 2017). Toda a equipe de saúde envolvida na abordagem a paciente violentada precisa estar preparada e sensibilizada para promover segurança à vítima (ANDRADE, 2017). O acolhimento inicial, exame médico, orientações, coleta de materiais, a proteção contra doenças de transmissão sexual, a anticoncepção de emergência, notificação e o seguimento dessas pacientes devem ser estruturados dentro de preceitos humanitários, médicos e legais (ANDRADE, 2017).

A forma de atendimento a vítima de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere a humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios, integram a Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015, em consonância com o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. (ANDRADE, 2017) Complementando estes dispositivos legais publicou-se em 2015, o documento conjunto do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres, sob a forma de Norma Técnica, intitulado: *Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*. (ANDRADE,2017).

2.3.1 - A ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Nas pacientes que são vítimas de violência sexual, no atendimento inicial delas é de suma importância que se seja preconizada a anticoncepção de emergência. Os métodos citados podem ser utilizados tanto em pacientes abusadas sexualmente ou qualquer outra mulher que teve relação desprotegida com potencial risco de gestação como ruptura de preservativos, uso irregular de método contraceptivo ou mesmo o não uso de qualquer método (OBSTET GYNECOL, 2015). Os métodos podem ser realizados em até cinco dias após a exposição sexual desprotegida, mas devem ser idealmente realizados nas primeiras 72 horas após exposição (ANDRADE, 2017).

Os métodos mais utilizados são as pílulas orais com estrogênio e progesterona, comprimidos exclusivamente com progesterona e o dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Tcu380A) (OBSTET GYNECOL, 2015). São eficazes apenas antes da implantação de uma gravidez. Os contraceptivos orais atuam primariamente atrasando a ovulação e o DIU-Tcu380A inibe a fertilização, pois afeta a viabilidade e função dos espermatozoides (OBSTET GYNECOL, 2015).

A anticoncepção de emergência deve ser ofertada independente do período do ciclo menstrual e a duração de seus efeitos não é bem estabelecida (CHENG et al, 2008). A orientação mais segura é que a mulher corre risco de engravidar em caso de nova relação sexual desprotegida, exceto pelo uso de DIU de cobre e, portanto, deve iniciar a contracepção regular imediatamente

após o uso da anticoncepção de emergência (CHENG et al, 2008). Se não houver sangramento em três a quatro semanas, a mulher referir dor abdominal ou sangramento irregular deve ser pesquisado uma gestação (ANDRADE; 2017). O sangramento menstrual após o uso da anticoncepção de emergência é esperado na semana que habitualmente iria acontecer. Se o levonorgestrel for utilizado nas primeiras semanas no ciclo a próxima menstruação tende a ser mais próxima que o usual. Se a medicação for tomada próximo ao fim do ciclo, a próxima menstruação tenderá a sofrer um atraso. Posteriormente espera-se que as menstruações fiquem normalizadas (ANDRADE; 2017).

A partir de um estudo (YUSPE et al, 1974) em 1974 começou-se a utilizar altas doses de estrogênio e levonorgestrel na tentativa de realizar anticoncepção de emergência.

A indicação atual para esse método é apenas quando o levonorgestrel não estiver disponível devido a eficácia um pouco inferior e aos efeitos colaterais, principalmente náuseas e vômitos muito superiores (ANDRADE; 2017).

A dose é equivalente a 100mcg de etinilestradiol associado a 0,5mg de levonorgestrel em duas doses com intervalo de 12 horas entre elas. As pílulas combinadas disponíveis no SUS contem 30mcg de etinilestradiol associado a 150mcg de levonorgestrel, portanto devem ser tomados 4 comprimidos a cada vez. Associações de etinilestradiol a outras progesteronas não foram pesquisados e caso haja vômitos em ate três horas a ingestão dos comprimidos a dose deve ser repetida (ANDRADE; 2017).

2.3.1.1 - Pílulas com Progesterona e medicações com ação antiprogestínica

Dois medicamentos, o ulipristal e a mifepristona, não disponíveis no Brasil, possuem ação antiprogestínica e são capazes de retardar a ovulação e dificultar a implantação do embrião no tecido endometrial (ANDRADE; 2017). Comparado ao levonorgestrel, o ulipristal foi mais efetivo das 0 a 120 horas após o coito (GLASIER, et al. 2014). Porém devido ao pequeno número de usuárias a superioridade de um método sobre o outro carece de mais estudos.

O levonorgestrel é a progesterona que está disponível para anticoncepção de emergência no Brasil em doses de 0,75 e 1,5mg. Deve-se optar pela dose de 1,5mg em dose única pela fácil adesão (ANDRADE; 2017).

2.3.1.2 - Dispositivo intrauterino de Cobre - DIU-Tcu380A.

Inserido após coito desprotegido é o método para a AE mais eficaz. Além dos melhores resultados tem a vantagem de ser um método para continuar usando sem necessidade de qualquer intervenção adicional (CHENG et al, 2008). Esse método não deve ser escolhido em vigência de sinais clínicos de infecção no trato genital inferior (Wu, et al. 2010).

Em países da Europa e Estados Unidos esse método chegou a ser escolhido por 11% das pacientes que procuraram algum tipo de anticoncepção de Emergência (Wu, et al. 2010).

2.3.2 – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E VIOLÊNCIA SEXUAL

Particularmente no grupo de pacientes vítimas de violência sexual há grande preocupação com as infecções sexualmente transmissíveis (IST)/ HIV. A prevalência de IST e HIV em situações de violência sexual são elevadas, e o risco de infecção depende de diversas variáveis que vão desde o tipo de violência sofrida (penetração vaginal, anal ou oral com ou sem ejaculação), o número de agressores, o tempo de exposição (maior ou menor que 72 horas), número de exposições (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e susceptibilidade da mulher, a condição himenal, a presença de IST até a forma de constrangimento utilizada pelo agressor (ANDRADE; 2017). Dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% delas adquirem pelo menos uma IST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada (ANDRADE; 2017).

As doenças como gonorréia, clamídia, tricomoníase, cancro mole, sífilis, HIV e Hepatite B podem ser prevenidas através de medicações. A vaginose bacteriana pode estar presente no momento do exame inicial, porém atualmente não é considerada uma IST (ANDRADE; 2017). O esquema

profilático é baseado no peso da pessoa e o parâmetro mínimo é 45kg e caso a paciente apresente peso inferior a dose é calculada proporcionalmente ao peso conforme tabela abaixo (PCDT-IST,2020; ANDRADE; 2017).

FIGURA 1: Esquema Profilático das Principais Infecções Sexualmente Transmissíveis pós violência sexual

DOENÇAS	PESO INFERIOR A 45 kg	PESO SUPERIOR A 45 kg
GONORRÉIA	Ceftriaxona 125mg, IM dose única	Ceftriaxona 250mg, IM dose única
CHLAMÍDIA	Azitromicina 20mg/kg (max 1g), VO, dose única ou	Azitromicina 1g , VO, dose única ou
	Eritromicina 50mg/kg, por dia, VO, 6/6h, por 10 a 14 dias	Gestantes e nutrizes Amoxicilina 500mg, VO, 8/8h, por 7 dias
TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA	Metronidazol 15mg/kg, por dia, VO, 8/8h, por 7 dias	Metronidazol 2g, VO, dose única Gestante a partir do 2º trimestre Nutrizes suspender aleitamento por 24 horas
SÍFILIS	Penicilina Benzatina 50.000 UI/kg, IM, (max 2.400.000 UI)	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. O uso de ceftriaxona e de azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas para esse fim.
2. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento.
3. Na falta do Ceftriaxona a Azitromicina já é uma medicação efetiva para a prevenção da infecção gonococcia, além da clamídia, embora não seja a primeira escolha. Desta maneira, na falta da ceftriaxona o uso da Penicilina associada à azitromicina já seria razoável, principalmente naquelas pacientes com problemas gástricos.
4. Em pacientes com histórico de alergia a penicilina o esquema profilático para sífilis recomendado é Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto para gestantes), este esquema pode ser adiado devido aos efeitos colaterais principalmente gastro intestinais. Outra opção é Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Modificado de ANDRADE, R. P. DE. Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2. ed. Curitiba: Imprensa da UFPR, 2017.

A prevalência de IST vem aumentando na última década, provavelmente pelo comportamento sexual de alto risco. Com o controle das taxas de infecção de HIV e com o surgimento de terapia que melhora a morbimortalidade dessa patologia houve uma redução das atitudes preventivas de transmissão de doenças, promovendo nova elevação nas incidências dessas doenças na população mundial (VERTAMATTI, et al, 2013). Por serem típicas de idade reprodutiva, são frequentes causas de complicações ginecológicas e obstétricas. Além disso, a vulnerabilidade, a exposição ao risco do estupro, seja aguda ou violência crônica, e a não procura de atendimento para profilaxia após exposição aumenta mais o risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis (VERTAMATTI, et al, 2013).

Segundo a norma técnica do Ministério da Saúde, MS, 2011 a eficiência do mecanismo de prevenção é maior conforme a precocidade, nesse caso, entende-se que o prazo de 72 horas é o limite para medicações de anticoncepção de emergência e DST/HIV (BRASIL, 2011).

Há consenso na literatura que a profilaxia anti-HIV deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois, após a penetração cutâneo-mucosa, o vírus chegará à circulação e encontrará apto a infectar macrófagos após 48 horas (BRASIL, 2011).

2.3.2.1 - Hepatite B

A hepatite B é causada por um vírus de DNA que pode causar hepatite aguda e evoluir para cronicidade, cirrose e carcinoma hepatocelular em 5 a 10% dos casos e a transmissão se dá por via parenteral ou relação sexual. A profilaxia é feita basicamente com imunoglobulina específica e vacina (ANDRADE; 2017). A vacina está presente na rede pública desde 1995 para os recém-nascidos, em 2001 para menores de 20 anos e em 2013 começou a ser oferecida para pessoas até 49 anos de idade (ANDRADE; 2017). Com isso há uma grande cobertura e há uma boa chance vítima ter imunidade ao vírus. No caso em que não se sabe a história vacinal da vítima está indicado o uso de gamaglobulina hiperimune (HIBG). Maior eficácia na profilaxia é obtida com o uso precoce da HIBG, mas pode ser usada até 14 dias da exposição (ANDRADE; 2017).

Figura 2: Esquema Profilático contra Hepatite B com vacinação e gamaglobulina hiperimune

MENORES DE 12 ANOS	ADULTO
Engerix B – 0,5 ml, IM, 3 doses	Engerix B – 1,0 ml, IM, 3 doses

Notas:

1. Indicado nos casos em que o paciente não realizou o esquema de vacinação ou realizou de forma incompleta;
2. A segunda e a terceira dose devem ser administradas em 1 mes após a primeira e 5 meses após a segunda dose;
3. A gravidez e a lactação não contra-indicam a vacinação anti-hepatite B.

Gamaglobulina hiperimune (HIBG): 0,06 ml/Kg de peso , IM, dose única

Nota:

1. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes.
2. Aplicar em membro diferente do usado para o esquema de vacinação.

Modificado de ANDRADE, R. P. DE. Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2. ed. Curitiba: Imprensa da UFPR, 2017.

2.3.2.2 - HPV – (Papilomavírus Humano)

O papilomavírus humano, o HPV, é composto por um DNA de dupla fita, espécie-específico, ou seja, causa infecção apenas em humanos. É altamente infectante e período de incubação imprevisível desde a inoculação ao surgimento de sintomas (ANDRADE; 2017). A transmissão do vírus ocorre por contato sexual e o uso de preservativos não é capaz de prevenir o contágio de maneira satisfatória (ANDRADE; 2017). A apresentação clínica é de lesões verrucosas, de número, extensão e localização variável. O diagnóstico é predominantemente clínico, sendo a avaliação anatomopatológica em casos atípicos, suspeita de malignidade ou outros diagnósticos diferenciais incomuns (ANDRADE; 2017).

No Brasil o uso da vacina contra HPV não faz parte do protocolo de atenção à vítima de violência sexual, mas deve ser oferecida a informação que a vacina existe em clínicas privadas para aquelas vítimas que não receberam as doses via sistema único de saúde Brasileiro. No SUS é oferecida para meninas entre nove e 14 anos e para imunossuprimidas entre nove a 26 anos.

2.3.2.3 - HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um grave problema de saúde pública global (BARROSO DOS REIS, et al) e a infecção por HIV é um dos grandes temores para a maioria das pacientes vítimas de violência sexual e trabalhos existentes mostram risco de infecção para HIV entre 0,8 e 2,7%, risco comparável a outras formas de exposição sexual, heterossexual única ou com acidentes perfurocortantes (ANDRADE; 2017). O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência médica e a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras duas horas após exposição, tendo como limite 72 horas após o evento. É altamente recomendada em violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida. Casos de atividade sexual oral com ejaculação devem ser individualizados, levando em consideração as opiniões da vítima, a presença de lesões e o conhecimento do status sorológico do agressor, pois se trata de uma via de transmissão extremamente rara (ANDRADE; 2017). Casos onde houve penetração oral sem ejaculação, uso de preservativo durante toda a agressão, agressor sabidamente HIV negativo e violência sofrida há mais de 72 horas não é recomendada a profilaxia (ANDRADE; 2017).

Figura 3 : Esquema profilático com TARV realizadas na profilaxia pós-exposição sexual

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF ^(a) + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP ^(a)	–
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r; NVP
2 anos – 12 anos	AZT+ 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL; LPV/r
Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

(a) Consultar também o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

Raltegravir (RAL)
10kg a <14kg: 75mg 12/12h 14kg a <20kg: 100mg 12/12h 20kg a <28kg: 150mg 12/12h 28 a <40kg: 200mg 12/12h ≥40kg: 300mg 12/12h
Zidovudina (AZT)
Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h 4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h 9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h) ≥30kg: 300mg 12/12h
Lamivudina (3TC)
RN: 2mg/kg 12/12h 4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
<u>Solução oral: 80/20mg/mL</u> ≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m ² 12/12h 1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h 6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h 1 a 3 anos: 2mL 12/12h 3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h 6 a 9 anos: 3mL 12/12h 9 a 14 anos: 4mL 12/12h
<u>Comprimido infantil: 100mg/25mg</u> 10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite 14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite 20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite 25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite >35kg: 400mg/100mg de 12/12h

Modificado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

2.3.2.4 - Sífilis

A sífilis é uma infecção sistêmica crônica causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas. Após a década de 1940 houve uma queda expressiva da prevalência de sífilis com a descoberta e uso medicinal da penicilina, contudo, com a mudança do comportamento sexual e com o aumento dos casos de HIV nas décadas de 1980 e 1990 novamente apresentou aumento dramático nos casos e permanece como um desafio para se reduzir os casos (OLIVEIRA, et al). A sífilis está presente principalmente na população em idade reprodutiva e é uma das principais infecções congênitas a ser combatida. No Brasil, em 2015, teve a incidência de 7,4 casos em 1000 nascidos vivos (Brasil, 2015)

A transmissão da sífilis se dá primordialmente por contato sexual e pode-se manifestar de diferentes formas, de acordo com o estágio da doença. O risco de contrair a infecção por contato sexual com uma pessoa com sífilis primária ou secundária varia de 40 a 60% e a inoculação pode ocorrer em mucosa íntegra ou com soluções de continuidade (KIMBERLY et al;2011).

A sífilis primária caracteriza-se pelo desenvolvimento do cancro duro no local de inoculação. É uma úlcera indolor, com borda elevada, fundo limpo, geralmente única e altamente infectante. Já a forma secundária, também chamada de roséola sífilítica, é uma forma sistêmica e disseminada que surge após um a dois meses após o surgimento da úlcera genital. Cursa com *rash* cutâneo, e sintomas inespecíficos como febre, cefaleia, adenopatia e mal estar geral. Também podem surgir lesões hipertróficas em na região genital e regiões de dobra de pele, o condiloma plano. Após esse período, caso não haja tratamento, os sintomas desaparecem e a doença cursa um período de latência, a sífilis latente, até a abertura do quadro de sífilis terciária (CALONGE, et al. 2009).

Quadros inferiores a um ano de infecção também são chamados de sífilis recente, enquanto os quadros superiores a um ano são chamados de sífilis tardia. Isso se deve ao fato da possibilidade de transmissão interpessoal e também vertical ser elevada na sífilis recente. O quadro de sífilis tardia é

potencialmente grave e letal com comprometimento cutâneo, neurológico, cardiovascular, osteomuscular e entre outros (CALONGE, et al. 2009).

A pesquisa do treponema pode ser realizada por meio de pesquisa direta do agente na lesão primária ou secundária, utilizando-se exame microscópico de campo escuro e também por imunofluorescência em biópsias de tecidos. Já o diagnóstico sorológico é realizado por testes não específicos para a sífilis e dosagem de anticorpos específicos para o treponema. Os testes não específicos ou não treponêmicos, são o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) (CALONGE, et al. 2009). No Brasil utiliza-se com mais frequência o VDRL, que se torna positivo em cinco a seis semanas após a infecção. Nesse exame pode-se de realizar titulação e no contexto da doença apresenta valores elevados principalmente na fase secundária e valores mais baixos na fase latente, terciária ou em quadros de cicatriz sorológica. Podem ocorrer casos de falso-positivo com o VDRL, mas na literatura esses resultados são inferiores a 1% (CALONGE, et al. 2009).

Os testes específicos, ou treponêmicos, são o FTA-Abs (*Fluorescent treponemal antibody absorption*) e o TR (teste rápido). A transmissão vertical da sífilis primária e secundária ocorre em 50 a 100% dos casos devido a alta bacteremia, caindo para 10% nas formas latente e tardia. Dos fetos de gestantes com sífilis não tratada, 70 a 100% serão infectados e o risco cai para 1 a 2% quando essas pacientes são adequadamente tratadas (CALONGE, et al. 2009). Além disso há outros desfechos obstétricos e neonatais graves como abortamentos, óbitos fetais, óbitos neonatais e diversas repercussões ao feto com sífilis congênita (CALONGE, et al. 2009).

2.3.2.5 - Cancro mole

Também conhecido por cancroide, é uma doença causada por uma bactéria gram-negativa, o *Haemophilus ducreyi*. Clinicamente manifesta-se como úlceras com bordas elevadas, dolorosas, com fundo sujo por tecido necrótico, presença de adenopatia inguinal, podendo supurar, e sinais sistêmicos como febre e astenia (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Sua importância se dá pelo diagnóstico diferencial com outras úlceras genitais epidêmicas em nosso meio, principalmente a sífilis e o herpes genital, além de

ser fator de risco para co-infecções de outras IST (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Nem sempre é um diagnóstico fácil de ser realizado: muitos pacientes se mantêm assintomáticos e não procuram um serviço de saúde para avaliação. Apesar de ser uma doença frequente em climas tropicais, poucos dados sobre incidência e prevalência são conhecidos. O diagnóstico definitivo requer a identificação do microorganismo o que nem sempre é possível. Na prática se utiliza a observação direta de bacilos gram-negativos intracelulares de esfregaço obtido na base da lesão ulcerada (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

2.3.2.6 - *Chlamydia trachomatis* (CT)

Microorganismo parasita obrigatório intracelular das células epiteliais e possui membrana com características semelhantes às membranas de bactérias gram-negativas. Sua prevalência na população geral varia de 3-5%, podendo chegar a 10-16% em programas de rastreamento universal (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). O quadro clínico da infecção é inespecífico ou assintomático. Os fatores de risco relacionados à infecção por clamídia são: Idade menor que 25 anos, troca de parceiros ou múltiplos parceiros, ausência de método de barreira, interrupção voluntária da gestação e antecedente de IST (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

A infecção por clamídia no período periconcepcional e em idade reprodutiva está relacionada a infertilidade de causa tubária e prenhez ectópica. Durante a gestação está associada à rotura prematura de membranas ovulares e prematuridade. No recém-nascido pode o causar conjuntivite e pneumonia. Em estudo chinês observou-se a presença de DNA de clamídia em 5.1% de biópsias de vilosidades coriônicas realizadas no primeiro trimestre de gestações assintomáticas (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Para o diagnóstico realizam-se testes baseados em amplificação de ácidos nucleicos e sondas gênicas para detecção de clamídia, como a reação em cadeia da polimerase (PCR) mais sensível e específico. Na prática clínica os testes de ensaio imunoenzimático e a imunofluorescência direta são mais utilizados.

O rastreio de gestantes no contexto brasileiro só está recomendado em população de alto risco para infecção genital e prematuridade. Contudo, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomenda o rastreamento universal a todas as gestantes na primeira consulta pré-natal (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Em um estudo nacional de 2009 em que se avaliou a presença de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em gestantes entre 15 a 24 anos constatou a prevalência de 9.8% de CT e 1% de NG. Os fatores de risco para aquisição dessas IST foram a idade, idade da primeira relação sexual e presença de mais de um parceiro sexual na vida. É sugerido ainda que o *screening* para essas infecções esteja presente no cuidado pré-natal rotineiro das brasileiras (PINTO et al, 2011).

Em um estudo na China com 2020 mulheres, país onde o aborto é legalizado, a infecção por clamídia foi identificada em 4.8% usando PCR de material cervical em mulheres que procuraram serviços de abortamento (CHEN et al, 2007). Outros achados foram a prevalência de 0.4% de gonococo, 2.5% para tricomoníase e 3.4% para vaginose bacteriana. Também foram testadas 503 mulheres para sífilis com cinco resultados positivos e 787 pesquisas para HIV com uma paciente positiva para o vírus. Para prevenir complicações pós-aborto, é recomendado que esse grupo receba tratamento profilático para clamídia com dose única de 1g de azitromicina (CHEN et al, 2007).

Em uma revisão da Cochrane acerca de profilaxia com antibióticos antes de abortamentos induzidos no primeiro trimestre, em 2012, utilizando 19 trabalhos, verificou-se que risco de infecção genital alta pós-aborto foi 59% que naquelas que receberam placebo (LOW et al 2012). A proposta de antibioticoprofilaxia antes ao abortamento para prevenções de infecções no trato genital superior surgiu inicialmente em uma revisão sistemática (LOW, 2012 apud SAWAYA, 1996) com redução no risco relativo (RR- 0.58 - CI 0.47-0.71), Desde então muito se tem discutido sobre o assunto e com resultados controversos. Nenhum dos trabalhos avaliados nessa revisão foi realizado em países de baixa ou media renda, no qual o risco de complicações após aborto é maior, o que poderia fortalecer a evidência em favor do uso de antibiótico

previamente as interrupções (LOW et al 2012). Houve grande heterogeneidade nos trabalhos, há subgrupos que podem se beneficiar da antibioticoprofilaxia e doses únicas parecem estar associado com consistente redução do risco de infecção pós-abortamento do trato genital superior. O *American College of Obstetricians and Gynecologists*, em 2006, não recomenda nenhum esquema em particular, porém *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomenda metronidazol e azitromicina em dose única e doxaciiclina por sete dias (LOW et al 2012).

2.3.2.7 - *Neisseria gonorrhoeae* (NG)

Bactéria diplococo gram-negativo, parasita de células humanas obrigatório. Menos comum que a infecção por clamídia, em homens tem quadro clínico mais exuberante. A prevalência na população geral é de 0.9%, Na gestação chega a 1.5% e acredita-se que esse valor esteja mais elevado pelo rastreamento mais intenso nesse grupo de pacientes (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Os fatores de risco para infecção por NG incluem idade menor que 25 anos, história prévia de IST, profissionais do sexo, múltiplos parceiros, uso irregular de preservativo e abuso de drogas (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). O CDC também orienta rastreamento universal a todas as gestantes na primeira consulta, pois a infecção por NG pode causar abortamento, gravidez ectópica, trabalho de parto pré-termo e ruptura prematura de membranas ovulares, corioamnionite, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e infecção neonatal (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). Para o diagnóstico a cultura em Agar Thayer-Martin ainda é considerada o teste padrão ouro pra gonorreia. Permite não só o diagnóstico como também avaliar a sensibilidade antimicrobiana. A microscopia com coloração de Gram permite a visualização direta com sensibilidade de 37-50%. Teste de amplificação de ácidos nucleicos tem alta sensibilidade e especificidade. (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

2.3.2.8 - *Trichomonas vaginalis* (TV)

Trata-se de um protozoário flagelada anaeróbio, móvel cuja infecção se dá essencialmente por via sexual, adquirida em 60-80% em um intercursos sexual único (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). A infecção por TV pode causar cervicite de corrimento vaginal amarelo ou esverdeado, profuso,

bolhoso e com odor fétido, pode gerar uma colpíte em aspecto de framboesa e a colposcopia se nota o aspecto tigróide característico. A infecção por TV também tem forte relação com trabalho de parto pré-termo, ruptura prematura de membranas ovulares e baixo peso ao nascer (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020). O diagnóstico se dá através do pH vaginal que apresenta tendência a alcalinização, avaliação a fresco das secreções vaginais com visualização direta do protozoário (sensibilidade 60-90%) ou com coloração Giemsa, na bacterioscopia se nota abundante polimorfonucleares. Também se podem utilizar PCR com melhores resultados (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

2.3.9.2 - Vaginose bacteriana – (VB)

Trata-se de um desequilíbrio na composição da flora microbiana vaginal, com aumento de muitos anaeróbios, em especial *Gardnerella vaginalis*, *bacterioides sp*, *mobiluncus sp* e redução de *lactobacillus sp*. Não é considerada uma IST, (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020), contudo, vaginose bacteriana está associada a risco aumentado de vários resultados adversos, incluindo transmissão e aquisição de várias IST (BOLDRINI, et al. 2021).

O diagnóstico é feito pelos critérios de Amsel: corrimento vaginal homogêneo, branco acinzentado fluido, teste das aminas (*whiff test*) após KOH 10% em secreção vaginal e a presença das *clue cells* a microscopia pela coloração de gram ou papanicolaou. Laboratorialmente pode-se utilizar o escore de Nugent. A VB também está intimamente relacionada a trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares, corioamnionite, infecção puerperal, infecção do sítio cirúrgico e na ascensão de bactérias patogênicas para o trato genital superior (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

2.4 – TÉCNICAS DE INDUÇÃO DE ABORTAMENTO

2.4.1 Aspiração manual intrauterina (AMIU)

Para a interrupção de gestações com até 12 semanas de gestação, o método de escolha é a aspiração manual intrauterina, o AMIU (BRASIL, 2011). Isso porque é uma técnica segura, eficaz e com baixas complicações. Nessa

técnica se utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 a 12 mm, anexadas a uma seringa com vácuo de 60cc, provocando aspiração e raspagem simultânea da cavidade uterina (BRASIL, 2011). Em gestações com idade gestacional elevada pode ser necessário o preparo cervical com misoprostol antes do procedimento com objetivo de causar contrações uterinas e modificações cervicais que podem até evitar o uso de dilatadores de Hegar (BRASIL, 2011). Além disso, no primeiro trimestre de gestação deve ser discutida com a mulher a possibilidade da indução farmacológica e esta poderá decidir por não continuar o aborto medicamentoso e solicitar o esvaziamento a qualquer momento (BRASIL, 2011). As doses de misoprostol são baseadas na idade gestacional e obedecem ao protocolo da FIGO de 2017. A figura 1 mostra a posologia do Misoprostol de acordo com a idade gestacional do concepto.

2.4.2 Indução farmacológica:

Em idades gestacionais acima de 12 semanas é necessário realizar a indução farmacológica com misoprostol até a eliminação do produto conceptual (MORRIS et al, 2017). Isso se deve ao fato do feto apresentar estruturas ósseas já rígidas que podem traumatizar o tecido uterino em caso de manipulação cirúrgica (MORRIS et al, 2017). Após essa fase avalia-se a necessidade de procedimentos adicionais para remoção de eventuais tecidos retidos no útero e canal cervical como curetagem uterina ou AMIU (BRASIL, 2011).

A medicação disponível no Brasil é o Misoprostol, uma prostaglandina sintética dos receptores E1 (BRASIL, 2011). A administração vaginal de misoprostol parece aumentar a taxa de aborto completo em gestações superiores a 49 dias e as incidências de vômito (31% vs 44%) e diarreia (18% vs 36%) foram significativamente menores entre as mulheres que receberam misoprostol por via vaginal do que entre aquelas que o receberam por via oral. A mesma dose administrada por via vaginal produziu um pico de nível sérico em cerca de 80 minutos, mas, em contraste com os níveis após a administração oral, os níveis permaneceram mais elevados (61% do nível de pico) por cerca de 4 horas (NEWHALL, et al, 2000).

É imprescindível que se ofereça uma boa analgesia para as pacientes. O não controle da dor provoca sofrimento não justificado, desnecessário e aumenta o dano emocional do processo (BRASIL, 2011). Além de medicações orais e intravenosas pode-se lançar mão de bloqueio paracervical com lidocaína a 1%, sem vasoconstritor. Em procedimentos cirúrgicos são necessário os cuidados de equipe de anestesiologia (BRASIL, 2011).

Após a interrupção da gestação as mulheres cujo tipo de sangue é Rh negativo e não são isoimunizadas devem receber imunoglobulina anti-D dentro das próximas 72 horas do evento. (BRASIL, 2011).

Figura 4: Regime posológico do Misoprostol relacionado ao período gestacional em que se encontra o conceito segundo o protocolo FIGO 2017

 MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017			
< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação ^a	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez^{a,b} 800 µg VSI a cada 3 horas ou VV*/VB a cada 3–12 horas (2–3 doses)	Interrupção da gravidez^{1,5,6} 13–24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB a cada 3 horas ⁶ 25–26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ⁷	Interrupção da gravidez^{1,5,6} 27–28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ⁶ > 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas	Profilaxia da hemorragia pós-parto (HPP)^{1,3,9} 600 µg VO (x1) ou prevenção secundária da HPP ^{1,11} (perda de sangue aprox. ≥ 360 ml) 800µg VSI (x1)
Aborto retido^{2,3} 800 µg VV* a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)	Morte fetal^{4,5,6} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4–6 horas	Morte fetal^{5,6} 27–28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ⁷ > 28 semanas: 25 µg VV* a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas ⁸	Tratamento da HPP^{3,10} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{2,3,4} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400–800 µg VV* (x1)	Aborto inevitável^{2,3,4,6,7} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas	Indução do parto^{4,7,8} 25 µg VV* a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas	
Preparação cervical para aborto cirúrgico⁴ 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou VV* 3 horas antes do procedimento	Preparação cervical para aborto cirúrgico⁴ 13-19 semanas: 400 µg VV 3–4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades		

Referências

- a WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014
- b von Hertzen et al. Lancet. 2007; Sheldon et al. 2016 FIAPAC abstract
- c Gemzell-Danielsson et al. IJGO, 2007
- d Sääv et al. Human Reproduction, 2010; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010
- e Dabash et al. IJGO, 2015
- f Ferritt et al. Contraception, 2013
- g Mark et al. IJGO, 2015
- h WHO recommendations for induction of labour, 2011
- i FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012
- j Raghavan et al. BJOG, 2015
- k FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012

Notas

- 1 Se a mifepristona estiver disponível (preferencial), siga o regime posológico prescrito para mifepristona + misoprostol
- 2 Incluído na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS
- 3 No caso de aborto incompleto/inevitável, a mulher deve receber um tratamento baseado em seu tamanho uterino e não na idade gestacional determinada por data da última menstruação (DUM)
- 4 Deixar sentir efeito durante 1 ou 2 semanas exceto no caso de hemorragia excessiva ou infecção
- 5 Pode ser administrada uma dose adicional caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal
- 6 Vários estudos limitaram a dosagem a 5 doses; a maioria das mulheres apresentaram expulsão total antes da utilização das 5 doses, mas outros estudos continuaram para além das 5 doses e obtiveram uma taxa de sucesso total superior sem problemas de segurança
- 7 Incluindo rotura das membranas quando parto for indicado
- 8 Seguir o protocolo local no caso de cesárea prévia ou cicatriz uterina transmurais
- 9 Se apenas estiverem disponíveis comprimidos de 200 µg, podem ser preparadas doses inferiores dissolvendo-os em água (ver www.misoprostol.org)
- 10 Se não estiver disponível oxitocina ou se as condições de conservação forem inadequadas
- 11 Opção para programas comunitários

Via de administração

VV: via vaginal
 VSI: sublingual (por baixo da língua)
 VO: oral
 VB: bucal (entre a bochecha)

*Evitar VV (via vaginal) no caso de hemorragia e/ou sinais de infecção

A via retal não está incluída como via recomendada devido ao perfil farmacocinético não estar associado a melhor eficácia por esta via.

Modificado de: Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, Kapp N, Castleman L, Kim C, Ho PC, Visser GHA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynaecol Obstet. 2017 Sep;138(3):363-366. doi: 10.1002/ijgo.12181. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28643396.

Quando a interrupção da gestação após 22 semanas é legalmente permitida, a preferência da maioria das mulheres e casais é por evitar o nascimento do feto com vida. A interrupção da gestação após esse período deve ser precedida pelo feticídio, que se inicia com a administração de

analgésicos e anestésicos na circulação fetal (ZUGAIB; FRANCISCO; CANÇADO, 2020).

Em 1993, Peyron e cols. publicaram o primeiro ensaio clínico em grande escala com uma única dose oral de 600 mg de mifepristona seguida em 36 a 48 horas por 400 µg de misoprostol por via oral entre mulheres em ≤49 dias. A taxa de aborto completo sem intervenção cirúrgica foi de 97% (NEWHALL, et al, 2000). Trata-se de uma medicação com propriedades antiprogestogênicas e ao ser administrada na gestação induz o abortamento. Na maioria dos estudos a mifepristona é associada ao misoprostol e clinicamente, um aborto induzido por mifepristone e misoprostol é indistinguível de um aborto espontâneo (NEWHALL, et al, 2000).

As características mais apreciadas dessa medicação foram a capacidade de evitar intervenção cirúrgica ou anestesia, a percepção da “naturalidade” do procedimento, elementos de privacidade e a compatibilidade do aborto medicamentoso em ambiente domiciliar (NEWHALL, et al, 2000). As características desfavoráveis da medicação incluíam sangramento prolongado, dor, incerteza sobre se o método funcionaria ou teria funcionado, e o grande número de consultas clínicas e reavaliações, especialmente em alguns ensaios clínicos (NEWHALL, et al, 2000). Não é um medicamento disponível no Brasil.

O metotrexate é uma medicação que atua inibindo a síntese de DNA e tem ampla utilização na medicina, como em doenças neoplásicas ou reumatológicas (ADAM et al, 2003). Na Obstetrícia é utilizado como agente isolado no tratamento da gestação ectópica e já foi utilizado em conjunto com o misoprostol para indução do abortamento. Os principais estudos que avaliaram a eficácia do metotrexate na indução do abortamento são em gestações inferiores a cinco semanas (SCHARFF et al, 1997). Atualmente não é uma medicação utilizada para indução do abortamento no Brasil seguindo os principais manuais no assunto (BRASIL, 2011).

Tanto o metotrexate quanto o misoprostol são medicações potencialmente teratogênicas e há relatos de falha na indução do aborto em pacientes que não fizeram seguimento adequado após o uso da medicação com graves e variadas repercussões fetais e neonatais (ADAM et al, 2003).

A maioria dos estudos que abordam a teratogenicidade do misoprostol foram realizados no Brasil e outros países da América do Sul e Central. Nesta população, estima-se que 57-75% das mulheres com desejo de interromper uma gravidez use misoprostol como agente único. Este regime de drogas frequentemente falha e em até 80% das mulheres carregam fetos expostos a termo (ADAM et al, 2003).

2.4.3 – Aborto Cirúrgico

Trata-se de um procedimento realizado em poucos minutos através de um sistema eletrônico que gera um importante vácuo para aspiração. Pode ser utilizado principalmente em gestações até nove semanas. (FLETT et al, 2002). É uma técnica que tem caído em desuso por ser substituída pelo AMIU, pela indução farmacológica e pelo acesso mais difundido a exames de imagem ultrassonográficos e ao beta hCG que dão mais segurança em outras formas de abortamento. No passado essa técnica foi muito utilizada em gestações iniciais, mas sem boa datação precisa ou até mesmo em situações de atraso menstrual (FLETT et al, 2002).

2.5 - COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO ABORTAMENTO INDUZIDO

2.5.1– Subfertilidade por fator tubário e abortamento induzido

A patologia tubária é responsável por cerca de 14% de causas de subfertilidade e sua principal etiologia está relacionada a infecções do trato genital superior, que comprometem a anatomia e funcionalidade das trompas e fimbrias (VERHOEVE et al, 2008).

Em um estudo de coorte com 6149 casais subférteis conduzido na Holanda de 1984 (ano da legalização do aborto nos país) a 2001 a alteração funcional das trompas foi vista em 207 das 826 com historia de aborto induzido (25%) (VERHOEVE et al, 2008). Todas as pacientes realizaram histerossalpingografia e/ou laparoscopia para o diagnóstico de doença tubária. Em todos os casais se foram investigados outras causas de subfertilidade como os fatores masculinos. O aborto induzido prévio esteve associado ao aumento no risco de patologia tubária (CI 1.3-1.9) (VERHOEVE et al, 2008).

2.5.2 – Prematuridade, baixo peso ao nascer e outros desfechos perinatais ruins associados ao abortamento induzido em gestação anterior

Associado a ao risco de prematuridade em futura gestação inerente ao processo de abortamento induzido, também podem associar-se infecções no trato genital como CT, NG, TV e VB que também se relacionam a parto pré-termo, ruptura prematura de membranas ovulares e corioamnionite. Além disso, a prematuridade tem forte relação com níveis de pobreza e escolaridade (SADOVSKY et al, 2018).

O parto pré-termo um dos principais determinantes da morbimortalidade neonatal com consequências graves para a saúde materna e fetal. É um grande desafio de saúde pública, pois nos últimos anos não se tem conseguido reduzir a prematuridade apesar de grandes esforços e investimento no setor (SCHIMIDT et al, 2015). Além disso, acarreta grande ônus ao serviço tanto público quanto privado de saúde. As causas são multifatoriais, com infecção intra-uterina provavelmente explicando a maioria desses resultados. Acredita-se que a infecção por *Chlamydia trachomatis* também esteja envolvida no parto pré-termo e na ruptura prematura das membranas ovulares (SCHIMIDT et al, 2015)

Na literatura tem-se descrito associação entre abortamentos induzidos e partos pré-termos subsequentes. Parto pré-termo e baixo peso ao nascer são as maiores causas de mortalidade neonatal, incluindo aproximadamente metade de todos os casos de alterações neurológicas congênitas, incluindo paralisia cerebral (ZAFRAN et al, 2017). Uma das principais causas de parto pré-termo espontâneo é a incompetência istimo-cervical. Comparado com a literatura, o impacto de dois ou mais abortos medicamentosos também estão relacionados a baixo peso ao nascer e parto pré-termo, especialmente em mulheres jovens (ZAFRAN et al, 2017).

Verificou-se que as mulheres negras nos Estados Unidos têm apresentado quase quatro vezes mais risco de terem bebês extremamente prematuro, antes de 28 semanas, em comparação a mulheres de outras etnias. (ROONEY et al, 2008). Foi verificado que as mulheres negras no EUA têm uma

taxa de aborto induzido quatro vezes maior do que as mulheres que não são dessa etnia (ROONEY et al, 2008).

2.5.3 – Abortamentos induzidos como fator de risco para câncer de mama

Diferentes estudos epidemiológicos têm mostrado informações conflitantes sobre a relação entre o aborto induzido e câncer de mama. Clássicos fatores de risco já são conhecidos: gênero feminino, idade avançada, historia familiar de câncer de mama, principalmente em paciente jovens, menarca precoce, primeiro filho tardio, alta densidade da mama, doenças benignas proliferativas, mutação nos genes BRCA 1 e 2 (DENG et al, 2018). Tipicamente há dois mecanismos que associam o aborto induzido ao câncer de mama: a mama da mulher não apresenta a proteção plena fornecida pela gestação a termo. Além disso há maturação incompleta do tecido mamário, deixando-o susceptível a agentes carcinogênicos (DENG et al, 2018).

Uma metanálise chinesa mostrou que em comparação com as mulheres do ocidente, as chinesas têm historicamente baixo risco de câncer de mama. Nessa revisão foram incluídos 25 estudos, com grande heterogeneidade entre eles, com um total de 28.278 casos de câncer de mama e 40.783 casos controle. Conclui-se que no geral não há relevância estatística entre aborto induzido e Câncer de mama (CI 0.98-1.19), entretanto, ao dividir as pacientes em subgrupos, houve associação estatística no grupo de múltíparas e o aborto induzido esteve relacionado ao câncer de mama (CI 1.02-1.20) (DENG et al, 2018). A paridade e a lactação são conhecidas como fator de proteção ao câncer de mama, contudo se há estímulo de forma incompleta e repetitiva, como em casos de abortamentos, principalmente tardios, o risco é aumentado (DENG et al, 2018).

Como citado anteriormente, nem todas as referências são unânimes ao relacionar o abortamento ao câncer de mama. A ACOG liberou um boletim informando que os estudos caso controle reportaram associação de abortos com câncer de mama tem muitos problemas metodológicos devido à natureza delicada do aborto, pode afetar a acurácia de estudos retrospectivos, pois podem induzir respostas das participantes, principalmente pelo viés de memória (ACOG, 2009). Nesse caso, as pacientes que estão passando pelo

câncer de mama tendem a ocultar menos os abortamentos em relação as mulheres que não tiveram câncer de mama. Concluiu-se, assim, que abortos induzidos não estão associados ao aumento do risco de câncer de mama (ACOG, 2009).

Outro estudo com uma metodologia diferente e inovadora tentou captar a natureza multifatorial do câncer. Os autores calcularam o *hazard ratio* (medida de associação pouco conhecida, semelhante ao risco relativo, mas com mais especificidade) (TOSS et al, 2017). O estudo mostrou que o aborto não afeta mulheres de risco alto ou muito alto. Afeta de maneira significativa mulheres que estão na categoria de risco intermediário, com um hazard ratio de 2.63 (TOSS et al, 2017).

2.5.4 - Doenças autoimunes e abortamento

Outra relação bastante comum e controversa é a associação entre doenças autoimunes e os abortamentos induzidos. É importante ter em mente que na gestação há importantes mudanças no sistema imunológico e hormonal e que a gravidez e a alta prevalência de doenças autoimunes são características exclusivas do sexo feminino (CARROLL, 2012).

A hipótese que justifica essa associação é a passagem de células fetais, principalmente progenitoras de células T, para a circulação materna o que poderia ser responsável por parte do aumento de doenças autoimunes em mulheres (CARROLL, 2012).

Em gestações a termo, já foi demonstrada a presença de microquimerismo fetal, ou seja, a presença de células fetais na circulação materna e esse fenômeno aumenta com a idade gestacional (CARROLL, 2012). O microquimerismo pode ser retratado como um legado da gestação e pode persistir por décadas. Há relatos de células fetais enxertadas na medula óssea materna e outros tecidos. O microquimerismo fetal também já foi demonstrado em situações de doença de Hashimoto e Graves, mas não em tireoides normais (CARROLL, 2012). O microquimerismo pode ser uma das bases de doenças autoimunes, já que a doença do enxerto *versus* hospedeiro compartilha muita similaridade com alterações autoimunes (CARROLL, 2012).

Risco particular de doenças autoimunes pode estar relacionado a abortos induzidos já que há aumento importante da circulação de células fetais indiferenciadas na circulação materna, principalmente na destruição da placenta de forma iatrogênica (CARROLL, 2012). Alguns estudos vêm tentando relacionar o aumento da prevalência de doenças autoimunes com o aumento dos abortamentos em países onde houve a legalização do aborto (CARROLL, 2012).

2.5.5 – Risco de placenta prévia em gestações seguintes ao abortamento induzido

O risco de desenvolver tal disfunção é de 30 a 70% maior em mulheres que induziram o aborto, especialmente se este for múltiplo, ou ocorrer após a 12 semana de gestação (ANANTH et al, 1997).

2.5.6 – Experiências da mulher em relação ao processo de abortamento induzido

Uma revisão sistemática avaliou as experiências das gestantes que passaram pela interrupção voluntária da gestação (PETERSEN et al, 2018). A maioria das pacientes apresentavam sentimentos conflitantes – alegria, vergonha e culpa. Os parceiros masculinos foram as principais pessoas relacionadas ao suporte emocional e, geralmente eles expressaram sentimentos ruins e negativos sobre a gestação. Algumas relataram felicidade em se tornar mãe, muitas mulheres expressaram felicidade em descobrir que são férteis combinadas como vergonha e culpa por não conhecerem seus corpos, falha do anticoncepcional e responsabilização feminina sobre a anticoncepção (PETERSEN et al, 2018). Relataram também bom suporte de mães e amigas, que geralmente pensam favoravelmente acerca do direito ao aborto, mas tiveram muita dificuldade ao decidirem sobre a própria vida ou vida de conhecidos (PETERSEN et al, 2018). As experiências em relação ao abortamento foram principalmente relacionadas à ansiedade. Surgiram fortes sentimentos em direção ao feto antes do primeiro comprimido, ou antes, de iniciar a cirurgia. Depois da intervenção, a maioria das mulheres apresentou medo e ansiedade, principalmente acerca de sangramentos, e possível dor (PETERSEN et al, 2018). Relataram que foi pior do que esperavam quanto à dor severa e sangramento. A minoria relatou experiência tranquila, pouca dor e

menos desconforto que o esperado (PETERSEN et al, 2018). Quanto aos cuidados assistenciais a maioria relatou que a abordagem dos profissionais eram voltadas às necessidades físicas, mas pouco ou nenhum foco no emocional ou nas necessidades existenciais (PETERSEN et al, 2018).

Em outro estudo avaliou-se a satisfação das mulheres em relação de satisfação após abortamento e concluiu-se que os sintomas depressivos diminuíram e a autoestima melhorou após o abortamento, mas as emoções negativas aumentaram e a satisfação com a decisão diminuiu com o tempo (MAJOR et al, 2000). Tentou-se mensurar o grau de satisfação através de um questionário e por uma escala numérica quanto ao abortamento procurando efeitos positivos após o aborto. Numa escala de 1 a 5, sendo 5 plenamente feliz, inicialmente obteve-se o resultado final de 2.24 a após 2 anos foi 2.06 (MAJOR et al, 2000).

Uma limitação notada nesse estudo foi que a maioria eram mulheres muito jovens (16-24 anos) sem relação estável, algumas com abortos tardios (há mais de 10 anos), população relativamente reduzida (MAJOR et al, 2000).

2.5.7 – Agravos à saúde mental relacionado ao abortamento induzido

Em uma revisão de 22 estudos e totalizando 877.181 participantes, das quais 163.831 tinham passado pelo abortamento voluntário da gestação constatou-se que ter tido essa experiência apresentou forte associação com problemas de saúde mental com um risco 81% maior do que mulheres que não passaram pela interrupção. Além disso, se viu o risco maior para abuso de álcool em 110%, maconha 220%, comportamento suicida 155% (COLEMAN, 2011).

O risco atribuível foi de 9,9%, o que significa que quase 10% dos problemas de saúde mental estavam associados exclusivamente ao aborto, independentemente de outros fatores (COLEMAN, 2011).

Existe no Brasil um Anteprojeto de reforma do código penal brasileiro, 2012, o qual sugeriu a legalização do aborto ate 12 semanas em caso de mulheres nas quais fossem detectados pelo médico problemas psicológicos que a impossibilitassem de arcar com a gravidez. A Nova

Zelândia utiliza critérios semelhantes para a realização de abortos. Um estudo nesse país observou que realizar abortos não está relacionado à redução de riscos e problemas mentais, mas houve um aumento estatisticamente significativo do risco de ansiedade, abuso de álcool, drogas e de comportamento suicida (FERGUSON et al, 2013).

3 – A INTERRUPTÃO LEGAL DE GESTAÇÕES NO HUCAM

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM, hoje, realiza o procedimento de interrupção legal de gestações das pacientes referenciadas do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS). Também recebe todas as pacientes encaminhadas, de qualquer município, com diagnóstico de anencefalia, e também pacientes que procuram o hospital por demanda espontânea com o diagnóstico já confirmado ou ainda suspeito, fazendo a investigação adequada conforme a legislação vigente.

3.1 – O PAVIVIS

O PAVIVIS é um Projeto de Extensão do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia/Centro de Ciências da Saúde/UFES. Funciona numa sede no campus de Maruípe e utiliza também o ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, laboratórios, serviços de radiologia e ultrassonografia, patologia e outros insumos do hospital sempre que necessários. O PAVIVIS tem por objetivo acolher e dar o suporte necessário a adolescentes e adultos em situação de violência sexual, sejam referenciadas de algum serviço ou que procuram espontaneamente o local.

O projeto também presta assistência integral e humanizada às vítimas de violência sexual, seguindo todas as normas e legislação vigente e orienta sobre a realização de boletim de ocorrência mesmo não sendo exigido em nenhum momento do atendimento. Além da possibilidade de abortamento previsto em lei nos casos de estupro, também dá possibilidade a vítima de seguimento em pré-natal adequado e inserção da futura criança no sistema de adoção.

4- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAIS

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.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Descrever os dados sociodemográficos das pacientes atendidas no HUCAM para interrupção legal da gestação: idade, escolaridade, município de nascimento e procedência, cor e estado civil.
- 2- Descrever o estado clínico, ginecológico e obstétrico – comorbidades, paridade, idade gestacional, tipagem sanguínea, avaliação de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C na internação.
- 3- Apresentar os dados relacionados ao processo de abortamento legal: Dias de internação, necessidade de intervenção cirúrgica como curetagem/AMIU, necessidade de imunoglobulina anti-D, possíveis complicações.

5- METODOLOGIA

5.1- DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo realizado no setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), no período de março de 2018 a setembro de 2020, totalizando 30 meses.

5.2 – MATERIAIS, MÉTODOS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nessa casuística dados de prontuários de todas as pacientes, de qualquer idade, referenciadas à maternidade do HUCAM, tanto do PAVIVIS, outros municípios ou rede particular e também demanda espontânea para interrupção legal da gestação 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 HUCAM no período desse estudo. Também foram excluídas as pacientes que sofreram violência sexual e optaram por levar a gestação a termo.

Também foram excluídas da análise estatística duas pacientes no grupo de gestantes com fetos com anencefalia que aguardaram o parto a termo para resolução da gestação.

5.3 – COLETA DE DADOS

Os dados foram extraídos do livro de registros de abortamentos, óbitos fetais e natimortos na maternidade do HUCAM, 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 do sistema AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários) e inseridos em planilha Excel. 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, necessidade de imunoglobulina anti-D, resultado dos teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B, Hepatite C, necessidade de AMIU e curetagem, ocorrências durante o processo de interrupção da gestação.

5.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram categorizadas as seguintes variáveis: 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, necessidade de imunoglobulina anti-D, resultado dos teste rápido para HIV, sífilis, hepatite B, Hepatite C, Necessidade de AMIU e curetagem, ocorrências durante o processo de interrupção da gestação. Todos os dados foram armazenados em forma de tabela no programa Excel 2016. A caracterização dos dados foi apresentada na forma de frequência observada, porcentagens, valores mínimo, máximo e média. Os resultados foram obtidos através da

manipulação da tabela no próprio programa e expostos através de gráficos e tabelas.

5.5 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP-CCS-UFES e pela Plataforma Brasil numero 38056320.7.0000.5071. Todas as informações relatadas pelas participantes somente serão utilizadas para a proposta da pesquisa e a confidencialidade dos dados será protegida durante todo o tempo.

6- 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 optou por levar a gestação naturalmente e procurou a maternidade em trabalho de parto espontâneo. A outra gestante que procurou o hospital com 42 semanas de gestação para indução do parto. Tinha ciência da malformação fetal, contudo desconhecia a legislação vigente e o direito em interromper a gestação de forma segura e descriminalizada. 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.

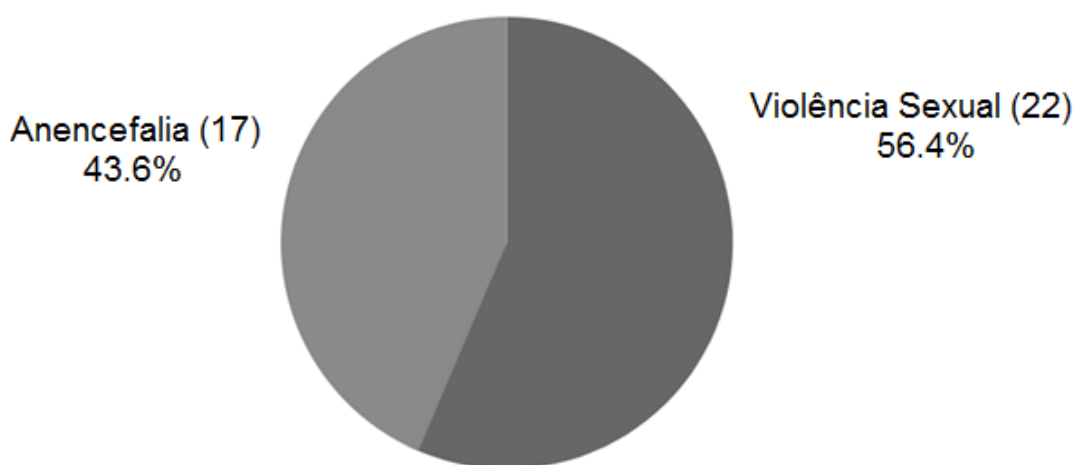


Gráfico 1 -Interrupção legal de gestações no HUCAM. Total de casos interrompidos por violência sexual e anencefalia entre março de 2018 a setembro de 2020.

Das 39 pacientes, 22 gestações (56.4% do total de casos) foram interrompidas por serem fruto de violência sexual e 17 gestações (43.6%) interrompidas por fetos acometidos anencefalia. O gráfico 1 mostra a relação dos casos de interrupção legal da gestação entre violência sexual e 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 são do grupo das pacientes que abortaram por gestação fruto de violência sexual. O mínimo de internação em 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 FIGO 2017 mas sem resposta adequada.

Trinta e uma gestantes eram solteiras, seis pacientes eram casadas, uma divorciada, e uma paciente estavam em outro tipo de relacionamento. O gráfico 2 mostra a distribuição de todas as pacientes conforme o estado civil no momento da interrupção da gestação.

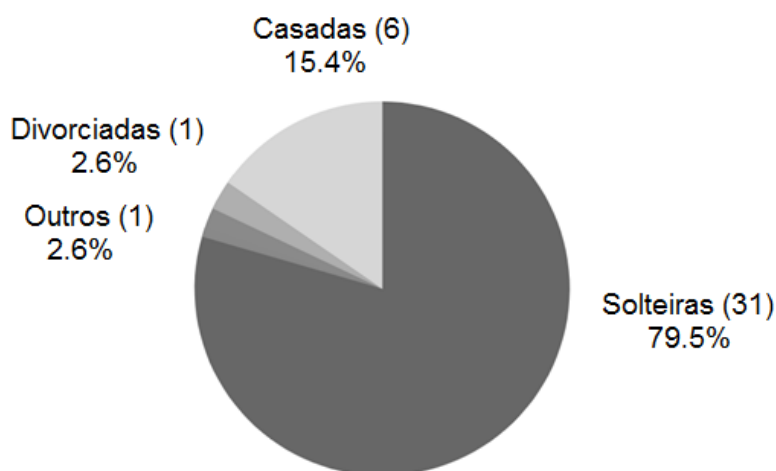


Gráfico 2 - Estado civil das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

Onze pacientes eram naturais de Vitória, 10 de Vila Velha, duas eram naturais de Cariacica, três pacientes da Serra, 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, Luanda, na África. Dez pacientes residiam em Vitória, oito em Vila Velha, nove em Cariacica, sete na Serra, uma em Viana e quatro pacientes moravam no interior do Espírito Santo. Os gráficos 3 e 4 mostram, respectivamente, a naturalidade e procedência das pacientes no momento da internação para interrupção legal da gestação.

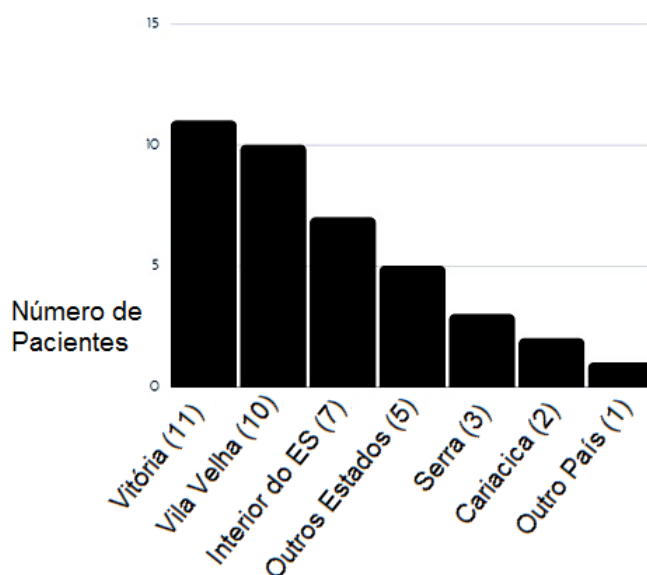


Gráfico 3-- Naturalidade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

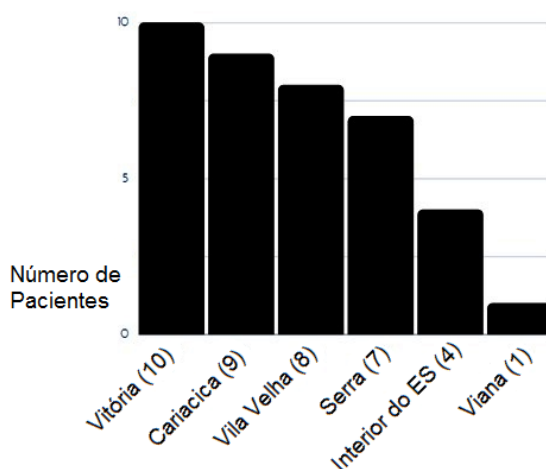


Gráfico 4- Procedência das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

Dezoito pacientes estavam passando pelo abortamento legal na primeira gestação, cinco pacientes tiveram um abortamento prévio antes, não declarado se foi um abortamento espontâneo ou provocado. 17 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. 12 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. O gráfico 5 estratifica as pacientes conforme idade no momento da interrupção da gestação. Vinte e sete das 39 pacientes se autodeclararam pardas, 10 como brancas e duas pretas. O gráfico 6 mostra as pacientes do estudo conforme a cor autodeclarada.



Gráfico 5- Idade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

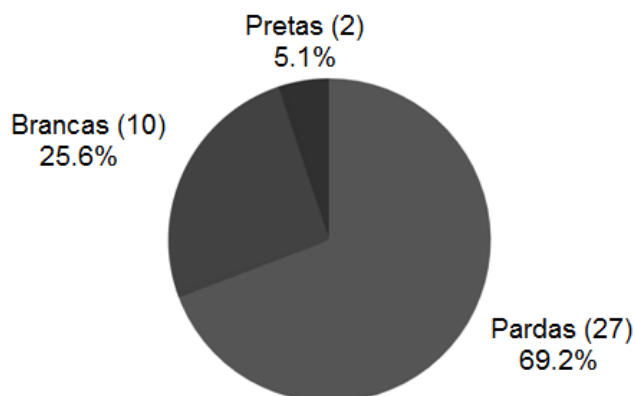


Gráfico 6- Cor autodeclarada das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

Cinco pacientes possuíam primeiro grau incompleto, quarto 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 e quatro interromperam a gestação de fetos com anencefalia. Três pacientes possuíam ensino superior completo: duas eram do grupo de gestantes cujos fetos eram anencéfalos e uma foi vítima de violência sexual. O Gráfico 7 estratificam as pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM conforme a escolaridade e o algoritmo 1 detalha as pacientes que chegaram ao ensino superior.

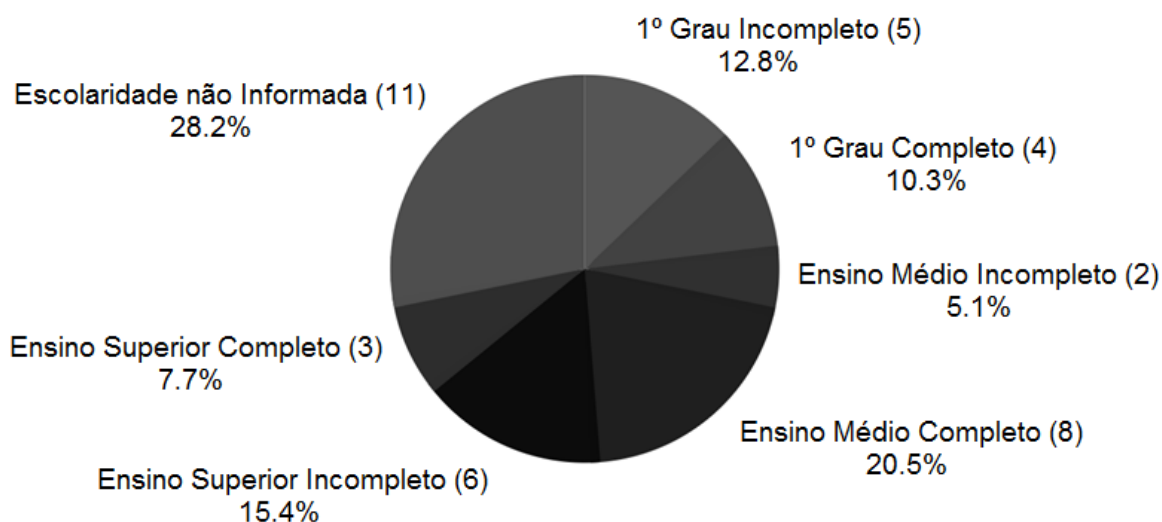
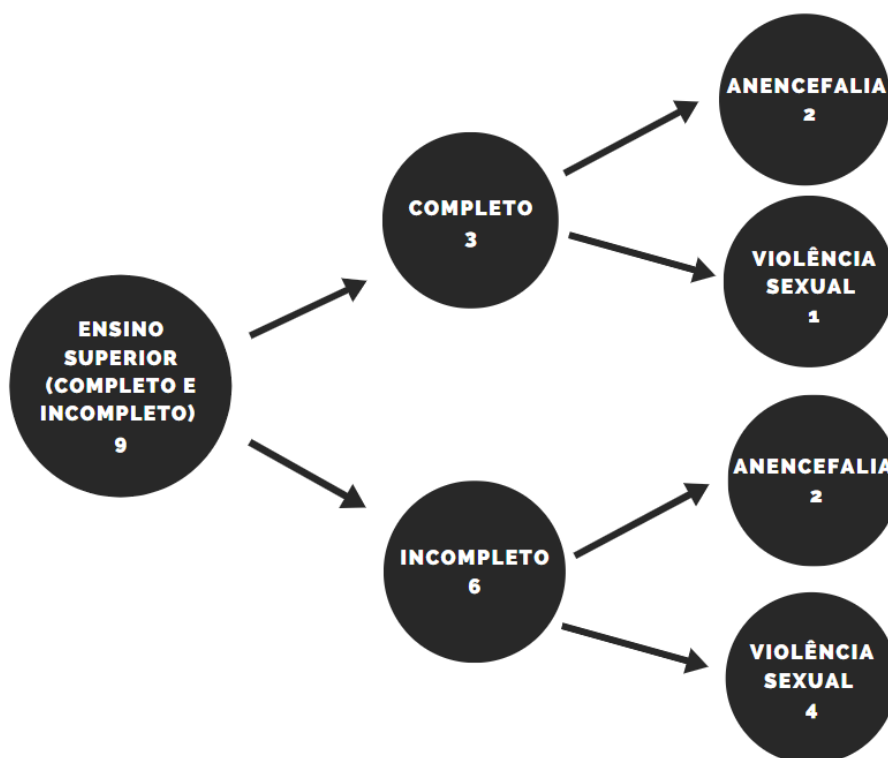


Gráfico 7- Escolaridade das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Algoritmo 1- Pacientes com Ensino Superior que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020.

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 outra paciente estava em seguimento após cirurgia bariátrica. Cabe salientar que a paciente após cirurgia bariátrica e a paciente diabética interromperam a gestação devido à anencefalia fetal

Nove pacientes interromperam a gestação com 12 semanas completas ou menos e 30 estavam com mais de 12 semanas 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. O gráfico

8 mostra a média de idade gestacional nos respectivos grupos e o algoritmo 2 estratifica as interrupções das gestações entre menos de 12 semanas e mais de 12 semanas.

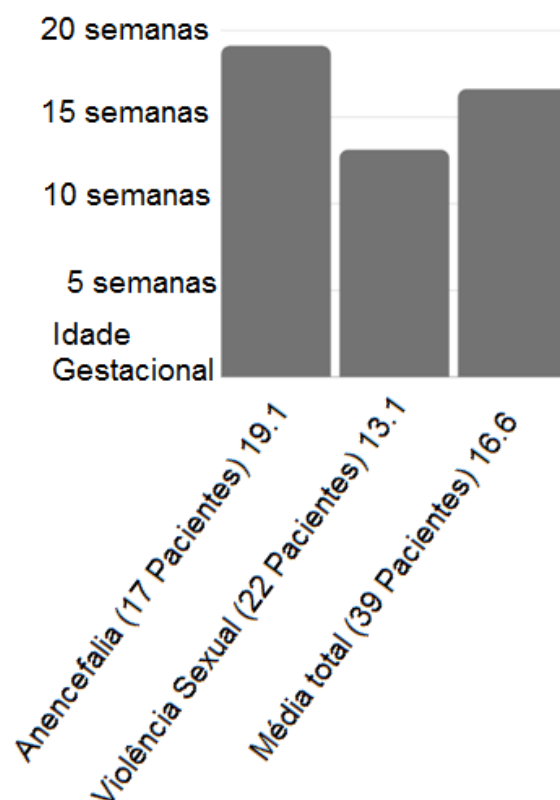


Gráfico 8 - Média de Idade Gestacional das pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020



Algoritmo 2 - Relação entre as pacientes que realizaram interrupção legal da gestação antes e após 12 semanas completas entre março de 2018 a setembro de 2020

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 realizou tratamento prévio para sífilis, sendo os dois teste rápido positivos. O restante dos testes rápidos apresentaram resultados negativos.

Vinte e nove pacientes necessitaram de 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. O gráfico 9 mostra os casos nos quais foram realizados AMIU/curetagem. Três pacientes tinham tipagem sanguínea com fator Rh negativo e foi aplicado imunoglobulina 300mcg anti-D após o abortamento.

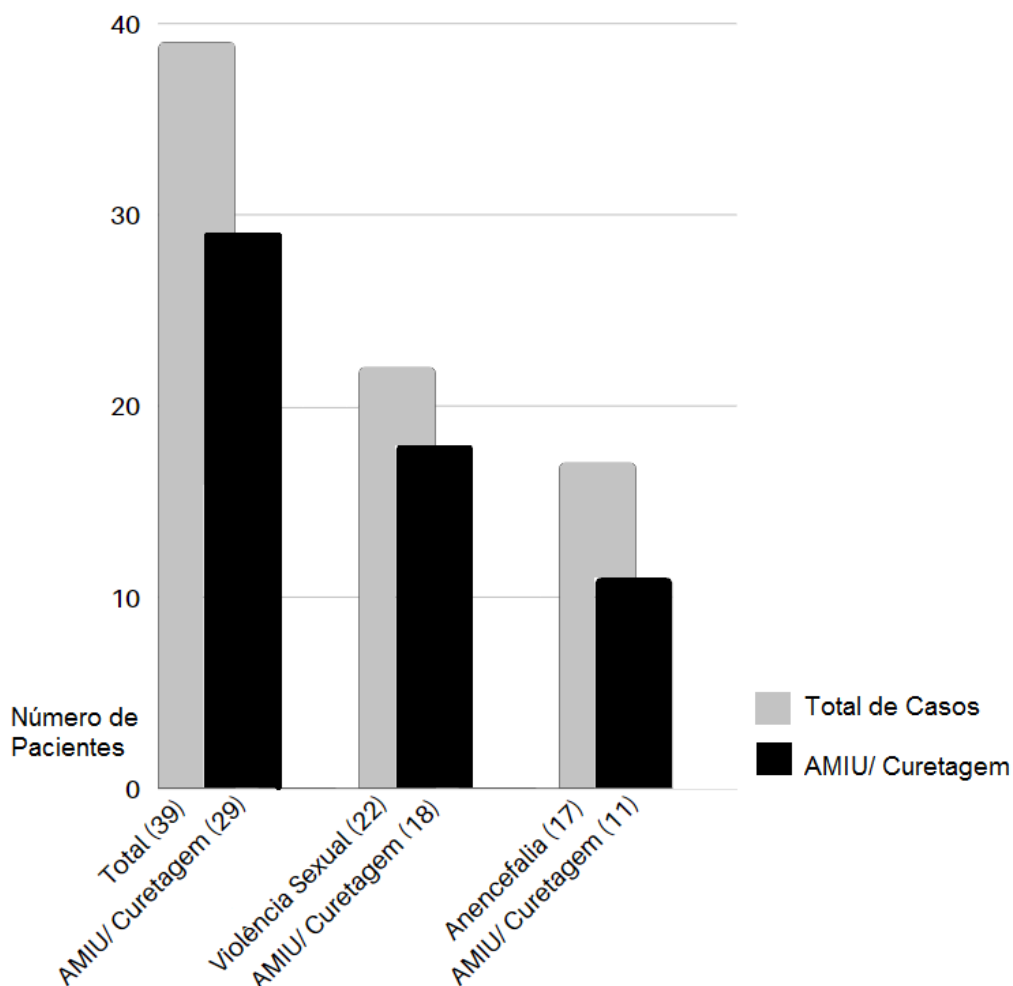


Gráfico 9 - Casos que foram realizados AMIU/Curetagem nas pacientes que interromperam legalmente a gestação no HUCAM entre março de 2018 a setembro de 2020

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. Uma paciente segue em acompanhamento e investigação de endométrio persistente espessado e intenso fluxo ao Doppler em tecido miometrial vistos em ultrassonografia transvaginal.

Uma paciente estava passando pela segunda interrupção legal por violência sexual no HUCAM, sendo a primeira realizada em 2014. Uma 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.

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

7 - DISCUSSÃO

Seja em leigos ou em pessoas do mais alto grau de instrução, muitas dúvidas, incertezas e opiniões surgirão ao abordar uma gestante que deseja interromper voluntariamente a própria gestação. Isso se deve ao fato da interrupção legal da gravidez ser um dos tabus da sociedade moderna e ao

tocar nesse assunto se levanta discursos inflamados tanto a favor como contra a legalização do aborto. Ao discutir esse tema devem-se levar em conta os aspectos legais, políticos, sociais, culturais, médicos e em outros diversos setores por onde esse tema cria raízes. Também se deve lembrar a vulnerabilidade por desigualdade de gênero, pobreza e acesso a educação e, violência sexual. Sem dúvidas, os fatores mais importantes são os aspectos pessoais e íntimos dessa gestante que irá passar por essa experiência e quais as repercussões desse ato a curto e longo prazo na vida dela e daqueles que a cercam.

Muitas vezes é imposto que a gestação seja vista e sentida através de sintomas positivos como alegria, realização pessoal, como a materialização do amor de um casal e trazendo lembranças afetivas maternas. Causa estranheza e aversão em 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 nunca mais é como antes. Nada faz com que a gestação seja anulada ou inexistente. Qualquer decisão, seja assumi-la ou rejeita-la, traz implicações profundas pelo resto da vida. Nesse momento surgem sentimentos ambivalentes na mulher: desejo e negação, força e fragilidade, aceitação e negação, enfrentamento e fuga, coragem e medo, satisfação e frustração, segurança e desamparo, amizade e solidão, dignidade e vergonha. 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, portanto é natural a relação com sofrimento.

De maneira geral, estamos diante de uma população de grande vulnerabilidade. Conforme a casuística do estudo, podemos ver que se trata de uma população predominantemente jovem, primípara, solteira e com baixa escolaridade. No estudo de MAJOR et al, (2000), no qual avaliou-se a satisfação das mulheres após abortamento, a maioria das mulheres eram jovens e sem relacionamento estável, dados semelhantes encontrado nas pacientes do HUCAM. Essas mulheres possuem diversas possibilidades no

que diz respeito à vida reprodutiva e compartilham entre si vários fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis. A grande maioria das mulheres que tiveram um aborto induzido deseja ter filhos posteriormente (ZAFRAN et al, 2017). Muitas foram violentadas sexualmente e não realizaram profilaxia após exposição: apenas 9.2% das crianças, 35% das adolescentes e 44% das adultas (CERQUEIRA, COELHO, 2014). A figura 5 mostra os procedimentos médicos realizados nas vítimas de violência sexual no ano de 2011.

Figura 5: 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	30,5
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

Figura 5: Modificado de CERQUEIRA D, COELHO DdSC. Nota Técnica - Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar) Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; março de 2014.

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 legal. Nessa casuística foram encontrados dois em 39 casos, ou seja, proporcionalmente um resultado superior ao encontrado no estudo chinês.

Um dos grandes fatores que atrasa a busca por atendimento para a realização de profilaxia contra IST e contracepção de emergência 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 (VERTAMATT et al, 2013). No HUCAM se realiza profilaxia para IST's conforme protocolos vigentes para HIV, sífilis, tricomoníase, cancro mole, e infecções por clamídia e gonococo. Deve-se enfatizar mais sobre as infecções por Hepatite B e orientar as pacientes sobre a vacina contra HPV após a exposição, mesmo que seja em rede particular, já que o SUS não cobre seu uso para essa finalidade (ANDRADE, 2017). Para anticoncepção é oferecida uma dose única de levonorgestrel 1,5mg e poderia-se adotar o uso de DIU de cobre as pacientes que desejassem tal método devido a boa eficácia e o benefício a longo prazo (CHENG et al, 2008). As pacientes violentadas sexualmente podem estar cronicamente expostas e vulneráveis a esse mal e sob risco de nova gestação não planejada. Cabe salientar que uma paciente do presente estudo estava na sua segunda interrupção legal da gestação fruto de estupro, realizadas no HUCAM. Caso fosse oferecido um método anticoncepcional de longa duração no atendimento inicial a vítima talvez a segunda gestação não ocorresse.

Outro ponto importante ao se relacionar IST e interrupção legal da gestação é o fato de 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 internacionais (LOW et al, 2012).

Uma pesquisa feita na Serra, município do Estado do Espírito Santo 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 gestante (NADER et al, 2007). Em um estudo realizado pelo IPEA, por Cerqueira & Coelho, em 2014, mostrou que 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorado, amigos ou conhecidos, mostrando que o inimigo está perto e os abusos podem ser recorrentes. Não deveria ser inclusive pensado em maneiras de tirar a vítima do ambiente em que ela vive para evitar estupros e abortos subsequentes? 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 ao aborto, podendo haver casos de coerção. A chance de a mulher fazer o aborto legal quando é estuprada por um parente é 2,3 vezes maior.

A permissão de abortamento sem necessidade de boletim de ocorrência ou qualquer forma de comunicação às autoridades jurídicas ou de segurança, com taxativa orientação para médicos, enfermeiros e outros profissionais não comunicarem o fato a polícia, autoridades ou Ministério Público pode configurar uma grande brecha na perpetuação do ciclo de abortos legais nessas pacientes. No código penal brasileiro, no artigo 154, registra que é crime revelar, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, cuja revelação possa produzir dano a outro (BRASIL, 1940). No Código de Ética Médica proíbe ao médico revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis, desde que a menor tenha capacidade de avaliar seus problemas e conduzir-se por seus próprios meios de solucioná-los. Salvo quando a não revelação possa causar dano a paciente. 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 à aquelas que desejarem a interrupção legal da gestação da vítima de estupro.

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 lei (CERQUEIRA, COELHO. 2014).

Muitos cursos de graduação e a formação continuada em serviços de saúde não tem propiciado uma dissociação entre os valores morais, éticos, religiosos e individuais da prática profissional. Pouco se prepara para que profissionais lidem com sentimentos, questão social e elementos que vão além da prática biomédica. Conforme constatado em uma metanálise, muitas mulheres que passaram pela experiência do abortamento relatam que pouco ou nenhum enfoque de sua vida ou saúde foi dado às questões emocionais ou sentimentais. (PETERSEN et al, 2018). Faz-se necessário superar a discriminação e desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda realidade em muitos serviços públicos no país (BRASIL, 2011). É fundamental, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à humanização, incitando profissionais, independente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres. Na norma técnica do Ministério da saúde, atenção humanizada ao abortamento, de 2011, orienta que para um atendimento humanizado ao abortamento deve ser oferecida analgesia adequada, por exemplo, por técnica de injeção de anestésico em região paracervical. Em nenhuma paciente do estudo foi oferecido esse tipo de analgesia e é uma medida que poderia ser realizada em futuras interrupções legais da gestação. Dominando-se essa técnica poderia-se inclusive estendê-la a outras indicações como na assistência ao abortamento espontâneo e analgesia em procedimentos ambulatoriais como inserção de DIU e biópsia endometrial por cureta de NOVAK.

Algumas recomendações, todas com nível A de evidência são citadas para melhor abordagem de pacientes que passarão pelo processo de 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, oferecer todo suporte financeiro, prático e existencial na tomada de decisão acerca do aborto, participação de homens no planejamento anticoncepcional, melhora na abordagem psicológica aos serviços de abortamento (MAJOR et al, 2000).

Ha um crescente movimento de empoderar a mulher para realizar a própria indução do abortamento (TASSE et al, 2018). 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 cai. Sempre que há leis restritivas que podem favorecer abortos clandestinos. 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 necessário. 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 na plataforma do Google com termos “como ter um abortamento” ou semelhantes aumentaram em mais de 100% (TASSE, et al. 2018).

8- CONFLITOS DE INTERESSE

Declaro não haver conflitos de interesse.

9-CONCLUSÃO

Por fim, 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 abortamento. O Brasil tem seguido essa tendência ao legalizar o aborto em

caso de anencefalia e descriminalizar em caso de malformações fetais graves. 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.

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 IST. 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 situação.

Cada vez mais as pacientes, familiares e amigos buscam informação 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.

10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM. MP, MANNING MA, BECK AE, KWAN A, ENNS GM, CLEURICUZIO C, HOYME HE. **Methotrexate/misoprostol embryopathy: report of four cases resulting from failed medical abortion.** Am J Med Genet A. 2003 Nov 15;123A(1):72-8. doi: 10.1002/ajmg.a.20503. PMID: 14556250.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin No. 152: **Emergency Contraception.** Obstet Gynecol. 2015 Sep;126(3):e1-11. doi: 10.1097/AOG.0000000000001047. PMID: 26287787.

ANDRADE, R. P. DE. **Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento.** 2. ed. Curitiba: Imprensa da UFPR, 2017.

ANANTH, C. V., SMULIAN, J. C., & VINTZILEOS, A. M. (1997). **The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, 177(5), 1071–1078. doi:10.1016/s0002-9378(97)70017-6

BARROSO DOS REIS, H.L., DE CARVALHO FERREIRA, D., TOSATO BOLDRINI, N.A. et al. **Genital Kaposi sarcoma in a HIV and syphilis co-infected patient: case presentation.** BMC Infect Dis 19, 1095 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4714-8>

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>

BRASIL. **Decreto-Lei 12.845**, de 01 de agosto de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, 01 ago. 2013. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm> data do acesso: 11/01/2021

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020.** Disponível em <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>> Data de acesso: 17/08/2020.

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, Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm#ADPF%20e%20interrup%C3%A7%C3%A3o%20de%20gravidez%20de%20feto%20a%20nenc%C3%A9falo%20-%2026>>.

BOLDRINI NAT, VOLPINI LPB, FREITAS LB, SPANO LC, MUSSO C, SANTOS MCLFS, REIS HLBD, MIRANDA AE. **Sexually transmitted infections among women living with HIV in a Brazilian city.** Braz J Infect Dis. 2021 Jan 5:101044. doi: 10.1016/j.bjid.2020.101044. Epub ahead of print. PMID: 33417851.

CADERNOS CREMESP - **Ética em ginecologia e obstetrícia** / Cristiano Fernando Rosas (coord.). 3ª ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004

CALONGE N, PETITTI D, DEWITT T, DIETRICH A, GREGORY K, U.S. Preventive Services Task Force. **Screening for syphilis infection in**

pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009;150(10):705-709. doi:[10.7326/0003-4819-150-10-200905190-00008](https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-10-200905190-00008)

CARROLL, Patrick. (2012). **Are Full Term Pregnancies and Induced Abortions Separate Risk Factors in Female Auto-immune Diseases?.** *Studies on Ethno-Medicine.* 6. 121-130. 10.1080/09735070.2012.11886429.

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

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.

CHENG L, GULMEZOGLU AM, PIAGGIO GT et al. **Interventions for emergency contraception.** *Cochrane Database Sys Rev,* 2008.

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.

COLEMAN, P. K. (2011). **Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009.** *British Journal of Psychiatry,* 199(03), 180–186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230

COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE. **ACOG Committee Opinion No. 434: induced abortion and breast cancer risk.** *Obstet Gynecol.* 2009 Jun;113(6):1417-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181ac067d. PubMed PMID: 19461458.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM **Resolução nº 1989/2012 do Conselho Federal de Medicina,** Brasília, 14 de maio de 2012. Disponível em < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1989>> data do acesso: 08/06/2020

CUNNINGHAM FG, LEVENO KJ, BLOOM SL, HAUTH JC, ROUSE DJ, SPONG CY (Ed.). **Obstetrícia de Williams.** Porto Alegre: Mc Graw Hill – Artmed; 23a. edição. 2012

DENG Y, XU H, ZENG X. **Induced abortion and breast cancer: An updated meta-analysis.** *Medicine (Baltimore).* 2018 Jan;97(3):e9613. doi: 10.1097/MD.00000000000009613. PubMed PMID: 29504989; PubMed Central PMCID:PMC5779758.

FLET GM, TEMPLETON A. **Surgical abortion.** *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002 Apr;16(2):247-61. doi: 10.1053/beog.2002.0274. PMID: 12041966.

FERGUSON, D. M., HORWOOD L. J., & BODEN, J. M. (2013). **Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended**

pregnancy? A re-appraisal of the evidence. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47(9), 819–827. doi:10.1177/0004867413484597

FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. **Ethical aspects concerning termination of pregnancy following prenatal diagnosis.** Int J Gynaecol Obstet. 2008;102(1):97-98. doi:10.1016/j.ijgo.2008.03.00

GLASIER AF, CAMERON ST, FINE PM, et al. **Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis** [published correction appears in Lancet. 2014 Oct 25;384(9953):1504]. Lancet. 2010;375(9714):555-562. doi:10.1016/S0140-6736(10)60101-8

KIMBERLY A. WORKOWSKI, STUART M. BERMEN, **Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines**, Clinical Infectious Diseases, Volume 53, Issue suppl_3, 15 December 2011, Pages S59–S63, <https://doi.org/10.1093/cid/cir694>

LATT SM, MILNER A, KAVANAGH A. **Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries.** BMC Womens Health. 2019 Jan 5;19

LEAL, Maria do Carmo et al . **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1915-1928, June 2018

LOW N, MUELLER M, VAN VLIET HAAM, Kapp N. **Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD005217.

MAJOR B, COZZARELLI C, COOPER ML, ZUBEC J, RICHARDS C, WILHITE M, GRAMZOW RH. **Psychological responses of women after first-trimester abortion.** Arch Gen Psychiatry. 2000 Aug;57(8):777-84. PubMed PMID: 10920466.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis Ano IV – n1.** Programa nacional de DST/AIDS. Brasília, 2015

MORRIS JL, WINIKOFF B, DABASH R, WEEKS A, FAUDES A, GEMZELL-DANIELSSON K, KAPP N, CASTLEMAN L, KIM C, HO PC, VISSER GHA. **FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics.** Int J Gynaecol Obstet. 2017 Sep;138(3):363-366. doi: 10.1002/ijgo.12181. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28643396.

NADER, Priscilla Rocha Araújo; BLANDINO, Vanez da Rocha Panetto; MACIEL, Ethel Leonor Nóia. **Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 10, n. 4, p. 615-624, dez. 2007

NEWHALL EP, WINIKOFF B. **Abortion with mifepristone and misoprostol: regimens, efficacy, acceptability and future directions.** Am J Obstet

Gynecol. 2000 Aug;183(2 Suppl):S44-53. doi: 10.1067/mob.2000.107950.
PMID: 10944369

OLIVEIRA D, ROSA LD, PEREZ SERRÃO BB, RODRIGUES DE OLIVEIRA JB, DA PAZ APC, DA SILVA RS, BOLDRINI NAT, CALDAS JVJ, MACHADO DO, DOS REIS HLB. **Rollet's mixed chancre in Brazilian pregnant women: An unusual case report.** Int J Infect Dis. 2020 Feb;91:57-59. doi: 10.1016/j.ijid.2019.11.011. Epub 2019 Nov 16. PMID: 31743797.

PETERSEN MN, JESSEN-WINGE C, MOBJERG ACM. **Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review.** JBI Database System Rev Implement Rep. 2018 Jul;16(7):1537-1563. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003344. PubMed PMID: 29995714.

PINTO VM; SZWARCWAŁ CL; BARONI C; STRINGARI LL; IOCENCIO LA; MIRANDA A.E. **Chlamydia trachomatis Prevalence and Risk Behaviors in Parturient Women Aged 15 to 24 in Brazil.** Sexually Transmitted Diseases, v. 38, p. 1-961, 2011.

PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei de 2007, Disposição sobre o Estatuto do nascituro.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=443584&filename=PL+478/2007>. Data do acesso: 30/11/2020

ROONEY, BRENT & CALHOUN, B.C. & ROCHE, L.. (2008). **Does induced abortion account for racial disparity in preterm births, and violate the Nuremberg Code?.** J Am Phys Surg. 13. 102-104.

SADOVSKY ADI, MATIJASEVICH A, SANTOS IS, BARROS FC, MIRANDA AE, SILVEIRA MF. **Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies.** J Pediatr (Rio J). 2018;94(1):15-22.

SCHMIDT R, MUNIZ RR, COLA E, STAUFFERT D, SILVEIRA MF, MIRANDA AE. **Maternal Chlamydia trachomatis Infections and Preterm Births in a University Hospital in Vitoria, Brazil.** PLoS One. 2015;10(10):e0141367. Published 2015 Oct 27.

SCHARFF EA, PENMETSU U, EISINGER SH, FRANKS P. **Methotrexate. A single agent for early abortion.** J Reprod Med. 1997 Jan;42(1):56-60. PMID: 9018647.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012.** Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>>. Data do acesso: 30/11/2020

TASSET J, HARRIS LH. **Harm Reduction for Abortion in the United States.** Obstet Gynecol. 2018 Apr;131(4):621-624. doi: 10.1097/AOG.0000000000002491. PubMed PMID: 29528924.

TOSS A, GRANDI G, CAGNACCI A, MARCHESELLI L, PAVESI S, DE MATTEIS, RAZZABONI E, TOMASELLO C, CASCINU S, CORTESI L. **The impact of reproductive life on breast cancer risk in women with family**

history or BRCA mutation. *Oncotarget*. 2017 Feb 7;8(6):9144-9154. doi: 10.18632/oncotarget.13423. PubMed PMID: 27880720; PubMed Central PMCID: PMC5354721.

VERHOEVE HR, STEURES P, FLIERMAN PA, VAN DER VEEN F, MOL BW. **History of induced abortion and the risk of tubal pathology.** *Reprod Biomed Online*. 2008;16(2):304-307

VERTAMATTI, Maria Auxiliadora F. et al . **Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil.** *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 46-51.

WU S, GODFREY EM, WOJDYLA D, et al. **Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial.** *BJOG*. 2010;117(10):1205-1210. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02652.x

YUSPE AA, THURLOW HJ, RAMZY I, LEYSHON J. **Post coital contraception – A pilot study.** *J Reprod Med*, 1974.

ZAFRAN N, MUSA M, ZUAREZ-EASTON S, GARMÍ 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

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; CANÇADO, Sírio José Braz. **Zugaib obstetrícia.** 4ª Edição. Barueri-SP: Editora Manole, 2020.

11- ANEXO 1 - ATA DE INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO/ ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA UTILIZADO NO HUCAM

ATA DE INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ COM ANENCEFALIA

Data: ___/___/___

Por meio deste instrumento e nesta data, avaliamos o requerimento de interrupção da gravidez/antecipação terapêutica do parto apresentado pela Senhora _____

_____, registro hospitalar nº _____, portadora do documento de identificação RG nº _____, SUS nº _____, residente na Rua nº _____, cidade _____ – estado _____, CEP _____, fundamentado no diagnóstico de anencefalia, conforme Resolução CFM N° 1.989/2012 publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p.308 e 309. A senhora _____, _____ anos,

apresenta gestação de _____ semanas com diagnóstico de anencefalia (CID – 10 Q00.0) em exame de ultrassonografia, acompanhado de documentação fotográfica com pelo menos duas imagens em posição sagital e corte transversal do pólo cefálico, demonstrando inequívoca ausência de calota craniana e de parênquima cerebral identificável. O(A) médico(a) _____ avaliou a documentação fotográfica apresentada, concordando com o laudo compatível com anencefalia e assinando o exame, conforme estabelecido pela Resolução CFM N° 1.989/2012.

A senhora _____ foi esclarecida da condição clínica da anencefalia, do inexorável prognóstico fetal e dos riscos maternos envolvidos, tanto para a manutenção da gestação até o termo como para a interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto nesta idade gestacional. A senhora _____

foi comunicada sobre a possibilidade de manter ou não a gestação do feto anencefálico até o termo, manifestando desejo de interromper a gestação, conforme firmado nesta ata. A senhora NOME foi aclarada sobre os procedimentos que serão adotados para o abortamento medicamentoso, desconfortos possíveis, riscos inerentes, forma de assistência, forma de acompanhamento, e profissionais responsáveis por seu atendimento. A senhora NOME declara que todas as suas dúvidas foram respondidas de forma clara e compreensível, não restando questões que a impeçam da tomada de decisão livre e esclarecida. Nada mais.

_____, DIA _____ de _____ de _____.

Assinatura da paciente ou responsável legal.

Nome:.

12 – ANEXO 2 - TERMOS PARA INTERRUPTÃO LEGAL DE GESTAÇÃO PROVENIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL UTILIZADOS NO HUCAM



HUCAM

ANEXO I - TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____, brasileira, ____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____ às _____, no endereço _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: _____

Em caso de agressor(es) desconhecido(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(ns) de aproximadamente ____ anos, raça/cor _____ cabelos _____, trajando _____, outras informações: _____ . O crime foi presenciado por: _____.

Em caso de agressor(es) conhecido(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____, sendo meu/minha _____, com ____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se _____. O crime foi presenciado por _____.

É o que tenho/temos a relatar.

Vitória, ____ de _____ de _____

Nome, identificação e assinatura

(Responsável legal)

Profissional de saúde

Profissional de saúde



ANEXO II

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Vitória, _____ de _____ de _____

Médico (assinatura e carimbo)



ANEXO III

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nesta data, a Equipe de Saúde Multidisciplinar do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual - PAVIVIS do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, _____ pela _____ paciente _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação.

Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Vitória, ____ de _____ de _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura



ANEXO IV

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por _____ meio _____ deste _____ instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador(a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Vitória, _____ de _____ de _____

Nome, identificação e assinatura.

Nome, identificação e assinatura.

(Responsável legal)



HUCAM

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento, eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Os riscos podem ser encontrados nos protocolos da Organização Mundial de Saúde – OMS (Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde – 2ª ed. 1. Aborto induzido. 2.Cuidado pré-natal. 3.Bem-estar materno. 4.Política de saúde. 5.Guia – ISBN 978 92 4 854843 7), bem como do National Health Service – NHS, disponível em: <<https://www.nhs.uk/conditions/abortion/risks/>>. Declaro que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, passíveis de compartilhamento em caso de requisição judicial.

Declaro também que, após ter sido convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de estupro, e autorizo a equipe do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM aos procedimentos necessários.

Vitória, _____ de _____ de _____

Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde

Profissional de saúde

13 - ANEXO 3 - PARECER DO CEP AUTORIZANDO A PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES QUE INTERROMPERAM LEGALMENTE A GESTAÇÃO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ENTRE MARÇO DE 2018 A SETEMBRO DE 2020. QUEM SÃO ELAS?

Pesquisador: JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS

Versão: 3

CAAE: 38056320.7.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.458.704

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às diligências ao parecer CEP. Os autores esclareceram as dúvidas e adequaram o projeto com melhoria dos objetivos, metodologia, estatística e asseguraram na metodologia que os dados serão coletados por meio de registro em prontuário assistencial, portanto, configurando-se estudo de dado secundários, sem recrutamento de voluntários participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil clínico, social e epidemiológico das mulheres adolescentes e adultas submetidas à interrupção legal da gestação em hospital de referência em Vitória-ES entre o período de março de 2018 a setembro de 2020.

Objetivos Específicos

- 1-Fazer um levantamento da legislação atual sobre interrupções legais da gestação
- 2-Descrever os dados sociodemográficos das pacientes atendidas no HUCAM para interrupção legal da gestação: idade, escolaridade, município de origem, cor e estado civil. Descrever o estado clínico, ginecológico e obstétrico –comorbidades, paridade, idade gestacional, tipagem sanguínea, avaliação de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C na internação. Relatar os dados relacionados à violência sexual, se houver: Agressor conhecido intervalo de tempo entre a agressão e o atendimento médico, uso de anticoncepção de emergência, realizou profilaxias após exposição.

Apresentar os dados relacionados ao processo de abortamento legal –dias de internação, necessidade de intervenção cirúrgica como curetagem/AMIU, necessidade de imunoglobulina anti-D, possíveis complicações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há risco mínimo de quebra do sigilo e confidencialidade dos dados, bem como identificação do voluntário. Para isso, o pesquisador atesta e assegura compromisso na manutenção da boa prática e privacidade dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendimento às diligências, sem óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendimento às diligências, sem óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendimento às diligências, sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_1628488.pdf	01/12/2020 15:20:48		Aceito
Outros	CartaRespostaCEP.pdf	01/12/2020 15:20:07	JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS	Aceito
Outros	autorizacaopesquisahucam2.pdf	27/09/2020 22:30:12	JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconfidencialidadesAbortamentoLegal2.docx	27/09/2020 22:29:28	JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaopesquisahucam.pdf	15/09/2020 23:17:17	JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochuraInterrupcaoLegalGestacao.docx	09/09/2020 21:46:29	JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostohucam.pdf	09/09/2020 21:41:34	JOAO VICTOR JACOMELE CALDAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Vitória, 12 de dezembro de 2020.

Assinado por:
Cláudio Piras
(Coordenador(a))
