

# Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia | nº 69 | 2021



## DIRETORIA DA FEBRASGO 2020 / 2023

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**  
Presidente

**Sérgio Podgaec**  
Diretor Administrativo

**César Eduardo Fernandes**  
Diretor Científico

**Olímpio B. de Moraes Filho**  
Diretor Financeiro

**Maria Celeste Osório Wender**  
Diretora de Defesa e Valorização  
Profissional

**Marta Franco Finotti**  
*Vice-Presidente*  
Região Centro-Oeste

**Carlos Augusto Pires C. Lino**  
*Vice-Presidente*  
Região Nordeste

**Ricardo de Almeida Quinteiros**  
*Vice-Presidente*  
Região Norte

**Marcelo Zugaib**  
*Vice-Presidente*  
Região Sudeste

**Jan Pawel Andrade Pachnicki**  
*Vice-Presidente*  
Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM VIOLÊNCIA SEXUAL E INTERRUPÇÃO GESTACIONAL PREVISTA EM LEI - 2020 / 2023

### Presidente

Robinson Dias de Medeiros

### Vice-Presidente

Cristião Fernando Rosas

### Secretária

Helena Borges Martins da Silva Paro

### Membros

Aline Veras Moraes Brilhante  
Anibal Eusébio Faundes Latham  
Débora Fernandes Britto  
Edison Luiz Almeida Tizzot  
Isabelle Cantídio Fernandes Diógenes  
Kenia Zimmerer Vieira  
Michele Lopes Pedrosa  
Osmar Ribeiro Colás  
Rivaldo Mendes de Albuquerque  
Rosires Pereira de Andrade  
Suely de Souza Resende  
Zélia Maria Campos

# Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais

## Descritores

Gravidez; Jurisprudência; Aspectos legais; Amparo legal; Ética

### Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 69/Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei).

## Introdução

A interrupção intencional da gravidez ainda representa um problema de saúde pública. Globalmente, entre 2010 e 2014, a estimativa foi de uma ocorrência anual de 35 abortos a cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos. No entanto, a incidência do aborto não é uniforme entre os países: na Europa, a incidência anual estimada foi de 30 abortos a cada 1.000 mulheres, enquanto a estimativa para a América Latina e o Caribe foi de 44 abortos para cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos.<sup>(1)</sup>

No Brasil, no período entre 2008 e 2015, ocorreram cerca de 200 mil intenações/ano por procedimentos relacionados ao aborto.<sup>(2)</sup> Em média, apenas 1.600/ano dessas intenações foram por razões médicas e legais.<sup>(2)</sup> Dados da última Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) revelam que aproximadamente 500 mil mulheres brasileiras recorreram ao aborto em 2016.<sup>(3)</sup> Os dados da pesquisa demonstram

---

\* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Violência sexual e interrupção gestacional prevista em lei e validado pela Diretoria Científica como documento oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 69. Acesse: <https://www.febRASGO.org.br/>  
Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

que uma a cada cinco mulheres brasileiras entre 18 e 39 anos já recorreu ao aborto pelo menos uma vez na vida.<sup>(3)</sup>

Apesar de muito frequente, existem apenas três permissivos legais para a prática do aborto no país: quando não há outra forma de salvar a vida da gestante, quando a gravidez decorre de estupro<sup>(4)</sup> e em casos de anencefalia fetal.<sup>(5)</sup> As restrições legais ao aborto contribuem para o aumento da incidência de complicações decorrentes do aborto inseguro, como hemorragia, sepse, peritonite, laceração uterina ou de órgãos abdominais e até morte.<sup>(6)</sup>

Em contrapartida, é importante ressaltar que essas complicações são muito raras no aborto previsto em lei, quando provido por profissionais de saúde habilitados. Nessas condições, o aborto chega a ser 14 vezes mais seguro do que um parto a termo.<sup>(7)</sup>

Da mesma maneira, evidências mais recentes demonstram que o aborto não está relacionado a risco de desfechos psicológicos<sup>(8)</sup> e psiquiátricos<sup>(9)</sup> adversos. Ao contrário, sabe-se que a maioria das mulheres submetidas à interrupção intencional da gravidez pode expressar emoções positivas, como alívio.<sup>(10)</sup>

Diante dessas evidências, é imperioso que todo tocoginecologista brasileiro esteja habilitado a prover a atenção integral a mulheres em situação de interrupção intencional da gravidez com fundamento e amparo legais. Este protocolo objetiva pontuar os aspectos legais e éticos necessários à assistência nos casos de aborto previsto em lei, bem como sintetizar os procedimentos e as principais evidências relacionadas ao manejo clínico e cirúrgico da menina ou mulher durante e após a interrupção intencional da gravidez.

## Aspectos legais e éticos

No contexto internacional, o Brasil é signatário de documentos, acordos e planos de ações de conferências e tratados interna-

cionais de direitos humanos, entre eles a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) (ONU, 1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994). Essas convenções, pactos e tratados internacionais e os documentos consensuais inseridos nos Planos de Ação das Conferências Internacionais foram ratificados e incorporados ao sistema jurídico nacional para proteger, garantir e promover os direitos reprodutivos no Brasil.

### **Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (Viena, 1993)**

Durante a Conferência, os direitos das mulheres são afirmados como direitos inalienáveis e parte integral e indivisível dos direitos humanos.

### **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994)**

Introdução do conceito de direito reprodutivo como um direito humano básico. O direito reprodutivo constitui o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos; de ter acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências.

### **Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995)**

A Conferência enfatizou a importância de garantir os direitos de autonomia e autodeterminação, igualdade e segurança sexual e repro-

dutiva das mulheres. Ademais, essa Conferência recomendou que os países signatários adotem todas as medidas efetivas nos planos normativos e jurídicos para reduzir o número de abortos, por meio da ampliação do acesso ao aborto seguro nos casos em que a legislação permitir e também do acesso aos métodos e informações sobre contracepção.

No contexto nacional, vale destacar alguns artigos da Constituição Federal, dos Códigos Penal e Civil, e ainda algumas leis relacionadas aos crimes sexuais recentemente homologadas.

### Constituição Federal

A dignidade da pessoa humana (art. 1º) e a inviolabilidade da intimidade e da vida privada (art. 5º) constituem princípios e garantias fundamentais da Constituição Federal brasileira<sup>(1)</sup> e devem ser considerados durante a atenção integral a mulheres em situação de aborto previsto em lei.

### Código Penal

O art. 128 do Código Penal brasileiro estabelece os permissivos para o aborto no Brasil: “Não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”.<sup>(4)</sup> Além do art. 128, o tocoginecologista brasileiro deve estar atento ao art. 154, que se refere ao sigilo profissional. Segundo esse artigo, é crime “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena - detenção de 3 meses a 1 ano”.<sup>(4)</sup>

## Código de Processo Civil

O sigilo profissional também é assegurado pelo Código de Processo Civil brasileiro em seu art. 448, inciso II – “A testemunha não é obrigada a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo”.<sup>(12)</sup>

## Código Civil

Ainda de interesse aos tocoginecologistas que assistem mulheres em situação de aborto previsto em lei, destacamos os arts. 3º a 5º do Código Civil, que versam sobre a capacidade de exercer atos da vida civil – a maioridade civil.<sup>(13)</sup> De acordo com esses artigos, a mulher a partir dos 18 anos é capaz de consentir sozinha o aborto; a partir dos 16 e antes dos 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela; antes de completar 16 anos, a criança ou adolescente deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.<sup>(14)</sup>

## Lei Federal nº 12.015/2009

A Lei nº 12.015/2009 retira os crimes sexuais do capítulo dos crimes contra os costumes para inseri-los no dos crimes contra a pessoa e dos crimes contra a dignidade sexual. A lei ainda passa a prever tipificação específica para o crime de estupro contra vulnerável em seu art. 217-A, definido como o ato de “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”.<sup>(4,15)</sup>

Elencamos a seguir os crimes mais comuns contra a dignidade sexual:

- Art. 213 - Estupro: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso”,<sup>(4,15)</sup>

- Art. 215 - Violação sexual mediante fraude: “Ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”.<sup>(4,15)</sup>

### Lei Federal nº 12.845/2013

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual. O atendimento integral inclui a profilaxia para evitar a gravidez na situação de emergência, o acompanhamento ambulatorial para avaliar possíveis danos e outras repercussões na vida reprodutiva e sexual da menina ou mulher.<sup>(16)</sup> Dentre os possíveis danos e outras repercussões na vida reprodutiva e sexual da menina ou mulher, está incluída a gravidez decorrente da violência sexual. Os profissionais de saúde devem, portanto, garantir o acesso ao aborto legal e seguro nessas situações.

### Decreto nº 7.958/2013

Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. A partir da publicação do decreto, é possível a realização da coleta de vestígios da violência sexual pelos profissionais de saúde, desde que assegurados a cadeia de custódia e o encaminhamento dos vestígios biológicos à perícia oficial.<sup>(17,18)</sup>

### Lei Federal nº 13.718/2018

Tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, torna pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelece causas de aumento de pena para esses crimes e define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo.<sup>(19)</sup>

A lei representou um avanço ao aumentar o prazo prescricional do crime de estupro pela sua natureza pública incondicionada, mas gerou um intenso debate acerca da necessidade de respeito à autonomia da mulher e de combate a sua revitimização.<sup>(20)</sup> No entanto, é consenso entre juristas que a natureza pública incondicionada do crime não torna obrigatória a denúncia do crime à autoridade policial pelos profissionais de saúde.

Qualquer política de denúncia obrigatória à autoridade policial é contrária às recomendações da Organização Mundial da Saúde para mulheres em situação de violência sexual.<sup>(21)</sup> O foco do cuidado em saúde deve ser a recuperação da mulher e a denúncia pode ser realizada pelo serviço de saúde, desde que com o consentimento da mulher.

### Lei Federal nº 13.931/2019

O texto da lei, em seu art. 1º, §4º, torna obrigatória a comunicação de qualquer indício ou confirmação de violência contra a mulher (inclusive a violência sexual) “à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos”.<sup>(22)</sup>

Apesar de a lei ainda não ter sido regulamentada até a publicação deste protocolo, entendemos que a comunicação à autoridade policial não pode violar os direitos da mulher à privacidade, ao sigilo nem à autonomia presentes nos marcos normativos nacionais e internacionais que versam sobre a proteção e enfrentamento à violência contra as mulheres. Desse modo, entendemos que o prontuário e a ficha de notificação de violência não sejam enviados às autoridades policiais sem a autorização da mulher. Mesmo nas situações em que as informações de identificação pessoal precisarão ser repassadas às autoridades policiais para medidas de proteção emergenciais, o consentimento da mulher é essencial.

## Código de Ética Médica

A importância do sigilo profissional também é reforçada no Código de Ética Médica. Nos princípios fundamentais do código, temos: “XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”. Ainda, é vedado ao médico: “Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal”.<sup>(23)</sup>

O Código de Ética Médica também veda ao médico: “Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda exceto para atender a ordem judicial ou para sua própria defesa, assim como quando autorizado por escrito pelo paciente. § 1º Quando requisitado judicialmente, o prontuário será encaminhado ao juízo requisitante”,<sup>(23)</sup> ou seja, o prontuário não deverá ser encaminhado à autoridade policial.

Outro aspecto importante para o tocoginecologista que assistirá mulheres em casos de interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais é a compreensão dos limites da objeção de consciência. Nos princípios fundamentais (Capítulo I) do Código de Ética Médica, temos: “VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando

sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”<sup>(23)</sup> (grifo nosso). O Código ainda estabelece como direito do médico (Capítulo II): “IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.<sup>(23)</sup>

Aqui, precisamos ressaltar os limites da objeção de consciência. A compreensão do conceito holístico de saúde, nas suas dimensões físicas, psicológicas e sociais, leva-nos a concluir que a alegação de objeção de consciência não pode postergar a assistência no serviço de saúde, sob o risco de atrasos desnecessários ou de falhas no fluxo assistencial que podem acrescentar riscos aumentados ao aborto.<sup>(7)</sup> Aqui, cabe reforçar as diretrizes éticas da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO): “O dever primário de consciência de ginecologistas-obstetras [...] é, em todos os momentos, tratar ou beneficiar e prevenir prejuízos a pacientes pelas quais são responsáveis. Qualquer objeção de consciência ao tratamento da paciente é secundária a esse dever”<sup>(24)</sup> (grifo nosso).

Nesse sentido, reforçamos que o dever ético de todos os ginecologistas e obstetras deve ser priorizar os direitos das mulheres sob nossos cuidados. A recusa dos cuidados nunca deverá sobrepor nossas obrigações.<sup>(25)</sup> Ainda, o acesso imediato da menina ou mulher ao seu direito ao aborto não pode ser impedido por nenhum profissional de saúde. É importante ressaltar que para proteção dos direitos humanos, há limites para o exercício da objeção de consciência. A objeção de consciência deve estar pautada pelas obrigações éticas de garantir previamente o direito da mulher a informação completa, sem juízos de valor ou restrição da vontade e da garantia de um fluxo de referência ágil e acolhedor para acesso a um serviço de aborto previsto em lei sem discriminação, prejuízos ou danos.

## Procedimentos necessários para a interrupção da gravidez nos permissivos legais

### Interrupção da gravidez por risco de morte

No Brasil, apenas 1% dos abortos por razões legais é justificado por risco de morte da menina ou mulher.<sup>(26)</sup> Esse percentual é extremamente baixo ao considerarmos a prevalência das doenças crônicas sistêmicas que configuram risco de morte materna.

O principal fator limitante é uma interpretação literal e restritiva da lei que dispõe não ser criminoso o abortamento “se não há outra forma de salvar a vida da gestante”.<sup>(4)</sup> Não é correto interpretar que a lei exige que a mulher esteja em risco eminente de morte.

A existência de doenças que justifiquem a interrupção precoce da gravidez se confirma pelas estatísticas da mortalidade materna que revelam altas taxas de mortes maternas indiretas, causadas por doenças existentes antes da gravidez, que podem chegar a mais de 25% das causas de óbito materno.<sup>(27,28)</sup> O que acaba prevalecendo é a omissão que implica a continuidade aleatória da gravidez, podendo ou não terminar em morte materna indireta. Paradoxalmente, o médico não teme ser demandado judicialmente pela morte de uma mulher com uma doença crônica grave, caso ele tenha se recusado a interromper a gravidez preventivamente, apesar da solicitação da mulher e da sua família. De acordo com o Código Penal, a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado - art. 13º do Código Penal.<sup>(4)</sup> Assim, o médico omitente, nessa situação, poderá responder por homicídio culposo ou homicídio doloso segundo as circunstâncias - art. 12º do Código Penal.<sup>(4)</sup> Uma omissão igualmente importante é não valorizar o conceito ético de que a opinião da mulher deve ser levada em consideração, quando existem alternativas que possam afetar a sua saúde e

a sua vida. Não se pergunta à mulher qual o nível de risco de morte durante a gestação que ela está disposta a aceitar, considerando-se todas as circunstâncias de sua vida. Ela pode dar um valor muito grande para o seu papel de mãe de filhos já nascidos, por exemplo, e que, para ela, uma letalidade de 4% a 5% seja muito alta e, assim, inaceitável. Para proteger a vida da mulher, na primeira consulta no pré-natal, o tocoginecologista deve verificar se a gestante é portadora de doença crônica avançada com progressão durante a gestação. Uma lista não exaustiva é a seguinte:<sup>(29)</sup>

1. Mola hidatiforme parcial;
2. Hiperêmese gravídica refratária a tratamento, com insuficiência hepática ou renal grave;
3. Neoplasia maligna que requer tratamento cirúrgico, radioterapia e\ou quimioterapia;
4. Insuficiência cardíaca congestiva classes funcionais III-IV com doença cardíaca congênita ou adquirida (valvular e não valvular) com hipertensão arterial e doença cardíaca isquêmica refratária a tratamento;
5. Hipertensão arterial crônica grave com lesão de órgãos-alvo;
6. Lesão neurológica grave que piora com a gestação;
7. Lúpus eritematoso com dano renal grave refratário a tratamento;
8. *Diabetes mellitus* avançado com dano orgânico;
9. Insuficiência respiratória grave demonstrada por existência de pressão parcial de oxigênio > 50 mmHg e saturação sanguínea de oxigênio > 85%;
10. Qualquer outra patologia materna que ponha em grave risco a vida da mulher grávida ou provoque um dano grave e permanente à sua saúde, fundamentado em evidências de um comitê médico.

Nos casos em que a gravidez possa acarretar risco à vida da mulher, e como é a sua vida a que está em jogo, é indispensável que a sua decisão, informada e esclarecida, tenha um peso maior sobre a conduta a ser adotada pelo médico. Cabe ao médico dar todas as informações sobre os riscos da manutenção da gravidez para que a mulher possa decidir livremente pela manutenção ou não da gravidez, assim, cabendo exclusivamente a ela decidir pela não interrupção da gravidez. O abortamento para salvar a vida da gestante não requer a intervenção do Poder Judiciário, pois trata-se de uma decisão médica com a participação da mulher.

Para a interrupção intencional da gravidez por risco de morte da mulher, é recomendável que dois médicos (é aconselhável que um deles seja clínico ou especialista na área da doença da mulher) atestem, por escrito, a condição de risco da mulher que justifica a interrupção. Também é recomendável um documento assinado pela mulher no qual ela declara estar ciente dos riscos do prosseguimento da gravidez e concorda com a decisão do aborto. A dispensa do consentimento da mulher só é aceitável em casos *in extremis*, quando a mulher estiver inconsciente e o aborto seja imprescindível para salvar sua vida.

### **Interrupção da gravidez por anencefalia fetal**

Em 2012, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, promovida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde com colaboração da ANIS Instituto de Bioética, o Supremo Tribunal Federal decidiu que não constitui crime de aborto a interrupção da gestação de feto anencéfalo. A partir de então, a interrupção da gestação, nesses casos, passou a ser garantida, especialmente nos serviços públicos de saúde, sem a necessidade de alvará judicial.<sup>(30)</sup> Entre 2013 e 2015, as interrupções de gravidez

por anencefalia fetal correspondiam a 1% dos abortos previstos em lei nos serviços brasileiros. Outras malformações fetais graves também correspondiam a 1% do total de procedimentos realizados nos serviços.<sup>(26)</sup>

Para a interrupção da gravidez por anencefalia fetal, é necessário que o diagnóstico fetal seja realizado por exame ultrassonográfico a partir da 12ª semana de gravidez, registrado em duas fotografias, identificadas e datadas - uma com a face do feto em posição sagital e a outra com a visualização do polo cefálico no corte transversal - e laudo assinado por dois médicos capacitados para o diagnóstico ultrassonográfico. O consentimento assinado da mulher é documento igualmente importante para o procedimento.<sup>(31)</sup>

### **Interrupção da gravidez decorrente de estupro**

O aborto por gravidez decorrente de estupro representa 94% dos procedimentos previstos em lei nos serviços brasileiros,<sup>(26)</sup> o que corresponde a uma média anual de 1.500 interrupções de gravidez por estupro, anualmente, no Brasil.<sup>(2)</sup>

Esse número é inferior à estimativa do número de gravidezes se considerarmos o número de estupros notificados aos órgãos de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Dados do Anuário de Segurança Pública (2020) revelam que, em 2019, 56.204 mulheres foram vítimas de estupro no Brasil.<sup>(32)</sup> Ao constatararmos o risco aproximado de gravidez decorrente da violência sexual de 5%,<sup>(33)</sup> em 2019, a estimativa é que ocorreram cerca de 2.810 gravidezes/ano por estupro no país. Se considerarmos o fato de que apenas 10% a 15% das mulheres em situação de violência sexual reportam o crime à autoridade policial,<sup>(34)</sup> a diferença entre o número de gravidezes e o número de procedimentos de interrupção é ainda muito maior.

Essa diferença tem causas multifatoriais: o desconhecimento das mulheres sobre o direito ao aborto previsto em lei, o número insuficiente de serviços no país<sup>(26)</sup> e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a legislação e os procedimentos necessários para o aborto nos casos de gravidez decorrente de estupro<sup>(26)</sup> podem ser citados como fatores que contribuem aos números reduzidos de abortos registrados no Brasil.

Para a interrupção de gravidez decorrente de estupro, a lei penal brasileira não exige alvará nem autorização judicial, tampouco boletim de ocorrência policial ou laudo pericial do Instituto Médico Legal. A palavra da menina ou mulher vítima de violência sexual tem credibilidade legal e ética e deve ser obrigatoriamente recebida como presunção de veracidade. O médico não deve temer penalização caso seja verificada, posteriormente, inverdade na alegação de estupro, já que o primeiro parágrafo do art. 20 do Código Penal estabelece que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”.<sup>(4)</sup>

A única exigência para o aborto por gravidez decorrente de estupro na lei penal brasileira é o consentimento da mulher. Atualmente, os procedimentos de justificação e aprovação para o aborto nos casos de estupro são regulamentados pela Portaria nº 2.561/2020, editada pelo Ministério da Saúde. De acordo com a portaria, para a interrupção da gravidez por estupro, além do consentimento assinado pela mulher, são necessários o seu relato circunstanciado e sua assinatura em termo de responsabilidade que conste uma advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica e de aborto, caso não tenha sido vítima do crime de estupro. O médico ainda deve assinar um parecer técnico e

três profissionais de saúde devem assinar um termo de aprovação do procedimento.<sup>(35)</sup>

É importante ressaltarmos que, até o momento da redação deste protocolo, a referida portaria encontra-se em contestação judicial no Supremo Tribunal Federal (STF), uma vez que a obrigatoriedade da denúncia e da entrega dos possíveis vestígios do crime à autoridade policial à revelia do consentimento da vítima, expressa no art. 7º, viola os direitos da mulher à privacidade e à autonomia. O art. 7º da Portaria nº 2.561/2020 também viola o dever do sigilo profissional do profissional de saúde (art. 154 do Código Penal brasileiro).

### Atenção pré-aborto

No cuidado a mulheres em situação de aborto previsto em lei, é necessário realizar uma história clínica detalhada com atenção a possíveis doenças preexistentes para melhor planejamento do cuidado. É importante realizar exame físico cuidadoso, avaliar a necessidade de realização de ultrassonografia para confirmação da idade gestacional ou para descartar gravidez ectópica ou molar com definição do melhor procedimento a ser realizado.

São pontos importantes na atenção pré-aborto:<sup>(6)</sup>

- **Determinação da idade gestacional** - Geralmente, a data da última menstruação e o exame físico são suficientes para determinar a idade gestacional. A ultrassonografia pode ser útil quando não há certeza da data da última menstruação e há fatores de risco para gravidez ectópica: sangramento vaginal em pequena quantidade ou escape na última semana, dor pélvica unilateral ou dor pélvica bilateral importante na última

semana, cirurgia tubária prévia, dispositivo intrauterino *in situ* no momento da concepção.<sup>(36)</sup>

- **Realização de exames laboratoriais** - A determinação do fator Rh é importante para os casos acima de nove semanas (63 dias) de idade gestacional para a administração de imunoglobulina Rh quando indicada.<sup>(6)</sup> A medida dos níveis de hemoglobina pode ser útil nos casos raros de hemorragia após o procedimento. Nos casos de violência sexual, a solicitação das sorologias para sífilis, hepatites B e C e HIV é indicada.<sup>(37)</sup> No entanto, é importante destacar que o aborto não deve ser postergado para aguardar o resultado dos exames sorológicos.<sup>(6)</sup>
- **Orientações e aconselhamento** - As orientações sobre as alternativas diante da gravidez devem ser baseadas em evidências científicas atuais. A mulher deve obter informações confiáveis para a tomada de decisão livre de coação. Muitas mulheres buscam cuidado com a decisão pelo aborto já tomada e não devem ser submetidas a aconselhamentos obrigatórios nas rotinas dos serviços de saúde.<sup>(6)</sup>

Nos casos de anencefalia, a mulher deve ser informada quanto à inviabilidade e à irreversibilidade da patologia<sup>(38)</sup> e dos riscos gestacionais próprios da ocorrência, como polidrâmnio, pré-eclâmpsia, posições anômalas fetais, partos distócicos e hemorragias obstétricas.<sup>(39)</sup>

Nos casos de gravidez decorrente de estupro, a mulher deve ser informada quanto à possibilidade de manter a gravidez, permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder aos mecanismos legais de doação, além da possibilidade de interromper a gravidez.<sup>(40)</sup>

A mulher deve ter garantido o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem imposição da autoridade médica para a tomada de qualquer decisão.<sup>(38)</sup>

- **Informações sobre a interrupção da gravidez** - A mulher deverá ter informações sobre: o que será feito durante e após o procedimento; os sinais e sintomas prováveis (dor tipo cólica menstrual, sangramento); o tempo provável de duração do procedimento; métodos de alívio da dor disponíveis; riscos e complicações do método para a interrupção da gravidez; tempo para retorno às atividades habituais, inclusive relação sexual; cuidados de acompanhamento.<sup>(6)</sup>

## Métodos recomendados para a interrupção da gravidez

O método para a interrupção da gravidez depende da idade gestacional, da disponibilidade das medicações nos órgãos de regulação e da existência de profissionais treinados para determinada técnica cirúrgica. A seguir, elencamos os métodos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o aborto nas diversas fases da gravidez,<sup>(6)</sup> mesmo que ainda não disponhamos da mifepristona registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), tampouco de tocoginecologistas com treinamento em dilatação e evacuação de segundo trimestre, na expectativa de que o Brasil disponha dessas modalidades de tratamento a curto prazo (Quadro 1).<sup>(6)</sup>

## Quadro 1. Métodos recomendados para a interrupção da gravidez de acordo com a idade gestacional

	≤ 12 sem	12-24 sem	25-28 sem	> 28 sem
<b>Aborto medicamentoso (mife/miso)</b>	200 mg de mife + 800 µg de miso	200 mg de mife + 400 µg de miso, 3/3 h <sup>†</sup>	200 mg de mife + 200 µg de miso, 4/4 h <sup>†</sup>	200 mg de mife + 100 µg de miso, 6/6 h <sup>†</sup>
<b>Aborto medicamentoso (misoprostol)</b>	800 µg de miso, 3/3 h <sup>†</sup>	400 µg de miso, 3/3 h <sup>†</sup>	200 µg de miso, 4/4 h <sup>†</sup>	100 µg de miso, 6/6 h <sup>†</sup>
<b>Aborto cirúrgico</b>	AMIU	D&E	-	-
<b>Manejo da dor (aborto medicamentoso)</b>	Ibuprofeno 400 a 800 mg + diazepam 5 a 10 mg	Ibuprofeno 400 a 800 mg + diazepam 5 a 10 mg	Ibuprofeno 400 a 800 mg + diazepam 5 a 10 mg	Ibuprofeno 400 a 800 mg + diazepam 5 a 10 mg
<b>Manejo da dor (aborto cirúrgico)</b>	Ibuprofeno 400 a 800 mg + diazepam 5 a 10 mg ou midazolam 7,5 a 15 mg + bloqueio paracervical <sup>§</sup>	Ibuprofeno 400 a 800 mg + diazepam 5 a 10 mg ou midazolam 7,5 a 15 mg + bloqueio paracervical <sup>§</sup>	-	-
<b>Preparo cervical*</b>	Apenas em casos excepcionais	Dilatadores osmóticos OU 400 µg de miso, 3 a 4 h antes do procedimento	-	-
<b>Antibioticoprofilaxia*</b>	Doxiciclina 200 mg, VO, ou azitromicina 500 mg, VO	Doxiciclina 200 mg, VO, ou azitromicina 500 mg, VO, ou metronidazol 500 mg, VO	-	-

Fonte: adaptada de World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2. ed. Genebra: WHO, 2012.<sup>(6)</sup> AMIU: aspiração manual intrauterina; D&E: dilatação e evacuação; mife/miso: mifepristone/misoprostol;

\* Apenas nos casos de aborto cirúrgico.

<sup>†</sup> Até a expulsão dos produtos da concepção (não há limite máximo de doses).

<sup>§</sup> Para o bloqueio paracervical, utilizar agulha espinhal 22 G. Injetar 1 a 2 mL de lidocaína no local de pinçamento do colo (às 12 h ou 6 h) e distribuir o restante do anestésico nos outros sítios de injeção: na junção cervicovaginal (entre 1,5 e 3 cm de profundidade) às 2 h, 10 h e/ou 4 h e 8 h. Utilizar, no máximo, 10 mL de lidocaína a 2% ou 20 mL de lidocaína a 1%.

## Interrupção da gravidez de até 12 semanas (84 dias)

**Aborto medicamentoso** - O esquema preferencial é o regime combinado de mifepristona e misoprostol (mife/miso). Inicia-se com a administração, via oral, de um comprimido de mifepristona (200 mg), seguida de uma dose de 800 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal), em um intervalo de 24 a 48 horas. Quando a mifepristona não se encontra disponível, o esquema alternativo é a administração de 800 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada três horas, até a expulsão dos produtos da concepção.<sup>(41)</sup> O manejo da dor pode ser realizado com anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 400 mg a 800 mg, e ansiolíticos, como diazepam 5 mg a 10 mg, que podem ser administrados 30 minutos antes do início do tratamento.<sup>(42,43)</sup>

Nos casos de gravidez de até nove semanas (63 dias), é possível realizar o tratamento medicamentoso com o regime apenas com misoprostol em ambiente domiciliar, sem a necessidade de internação, com telemonitoramento da equipe de saúde, observadas as regulamentações vigentes relativas à telemedicina.<sup>(44,45)</sup> Nesses casos, é recomendada a oferta de três doses de 800 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) à mulher. Esse esquema tem eficácia de 85%.<sup>(46)</sup>

**Aborto cirúrgico** - A aspiração manual intrauterina (AMIU) ou a aspiração elétrica podem ser realizadas em interrupções de gravidezes de até 12 a 14 semanas. O preparo cervical com misoprostol de rotina não é necessário e pode ser realizado em mulheres jovens, com anomalias cervicais ou antecedentes de cirurgia cervical ou para provedores inexperientes.<sup>(42)</sup> O uso de métodos farmacológicos para alívio da dor (anti-inflamatórios não esteroidais como ibuprofeno 400 mg a 800 mg; ansiolíticos como diazepam 5 mg a 10 mg ou

midazolam 7,5 mg a 15 mg) deve ser iniciado entre 30 e 45 minutos antes do início do procedimento.<sup>(42,43)</sup> O uso de antibioticoprofilaxia em dose única antes do procedimento está indicado (doxiciclina 200 mg, VO, ou azitromicina 500 mg, VO).<sup>(47,48)</sup> O procedimento pode ser realizado com o uso de anestesia local (bloqueio paracervical com 10 a 20 mL de lidocaína a 1% a 2%).<sup>(47)</sup> É importante ressaltar que a curetagem uterina é considerada um método obsoleto e deve ser substituída pela AMIU/aspiração elétrica ou pelo aborto medicamentoso, na indisponibilidade da aspiração.<sup>(6)</sup>

## Interrupção da gravidez entre 12 e 24 semanas

**Aborto medicamentoso** - O esquema preferencial é o regime combinado de mife/miso. Inicia-se com a administração, via oral, de um comprimido de mifepristona (200 mg), seguida de (após um intervalo de 24 a 48 horas) doses de 400 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada três horas. Quando a mifepristona não se encontra disponível, o esquema alternativo é a administração de 400 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada três horas, até a expulsão dos produtos da concepção.<sup>(41)</sup> O manejo da dor pode ser realizado com anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 400 mg a 800 mg e ansiolíticos como diazepam 5 mg a 10 mg, que podem ser administrados 30 minutos antes do início do tratamento.<sup>(42,43)</sup> Em gravidezes acima de 22 semanas, é possível optar pela indução do óbito fetal caso haja preocupação com a expulsão do feto com sinais vitais.<sup>(50)</sup>

**Aborto cirúrgico** - A dilatação e esvaziamento (D&E) é o método cirúrgico para interromper gravidezes acima de 12 a 14 semanas.<sup>(43,50)</sup> O preparo cervical pode ser realizado sob analgesia local (bloqueio paracervical) com dilatadores osmóticos 24 horas antes do procedimento ou com misoprostol 400 µg (em gravidezes de até 18

semanas) no mesmo dia do procedimento (três a quatro horas antes do procedimento).<sup>(48)</sup> O uso de antibioticoprofilaxia, em dose única, antes ou durante o procedimento, é indicado (doxiciclina 200 mg, VO, ou azitromicina 500 mg, VO, ou metronidazol 500 mg, VO).<sup>(50)</sup> O uso de métodos farmacológicos para alívio da mulher (anti-inflamatórios não esteroidais como ibuprofeno 400 mg a 800 mg; ansiolíticos como diazepam 5 mg a 10 mg ou midazolam 7,5 mg a 15 mg) deve ser iniciado entre 30 e 45 minutos antes do início do procedimento.<sup>(42,43)</sup> O procedimento pode ser realizado com o uso de anestesia local (bloqueio paracervical com 10 a 20 mL de lidocaína a 1% a 2%).<sup>(43)</sup> Apesar da D&E ser superior ao tratamento medicamentoso, com menos frequência de eventos adversos, tempo de tratamento e percepção de dor,<sup>(51)</sup> essa opção terapêutica ainda não está disponível no Brasil, pela inexistência de tocoginecologistas com o treinamento cirúrgico necessário.

## Interrupção da gravidez entre 25 e 28 semanas

**Aborto medicamentoso** - O esquema preferencial é o regime combinado de mife/miso. Inicia-se com a administração, via oral, de um comprimido de mifepristona (200 mg), seguida de (após um intervalo de 24 a 48 horas) doses de 200 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada quatro horas. Quando a mifepristona não está disponível, o esquema alternativo é a administração de 200 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada quatro horas, até a expulsão dos produtos da concepção.<sup>(41,52)</sup> O manejo da dor pode ser realizado com anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 400 mg a 800 mg, e ansiolíticos, como diazepam 5 mg a 10 mg, que podem ser administrados 30 minutos antes do início do tratamento.<sup>(42,43)</sup>

## Interrupção da gravidez acima de 28 semanas

**Aborto medicamentoso** - O esquema preferencial é o regime combinado de mife/miso. Inicia-se com a administração, via oral, de um comprimido de mifepristona (200 mg), seguida de (após um intervalo de 24 a 48 horas) doses de 100 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada seis horas. Quando a mifepristona não está disponível, o esquema alternativo é a administração de 100 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada seis horas, até a expulsão dos produtos da concepção.<sup>(52)</sup> O manejo da dor pode ser realizado com anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 400 mg a 800 mg, e ansiolíticos, como diazepam 5 mg a 10 mg, que podem ser administrados 30 minutos antes do início do tratamento.<sup>(42,43)</sup>

## Atenção pós-aborto

**Oferta de métodos contraceptivos** - Qualquer método contraceptivo pode ser oferecido à menina ou à mulher para início imediatamente após o aborto (no mesmo dia do procedimento cirúrgico ou da primeira dose de misoprostol no tratamento medicamentoso),<sup>(43)</sup> se a contracepção for desejada, de acordo com os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde.<sup>(53)</sup> O uso de métodos reversíveis de longa ação (LARCs), como DIU e implantes, deve ser incentivado por sua alta eficácia. Se a opção for pelo DIU, a inserção poderá ser realizada imediatamente após o procedimento cirúrgico,<sup>(54)</sup> exceto nos casos de aborto infectado. Evidências mostram que o início imediato da contracepção após aborto tem taxas maiores de sucesso e diminui gravidezes indesejadas recorrentes e a reincidência de abortos.<sup>(55)</sup>

**Acompanhamento e seguimento ambulatorial** - A menina ou mulher deve ser orientada quanto aos sinais de alerta que indicam necessidade de retorno imediato ao hospital: aumento das

cólicas ou dor abdominal, sangramento vaginal excessivo (mais de dois absorventes noturnos em uma hora, por duas horas consecutivas) e febre.<sup>(43)</sup> Apesar de a consulta de retorno não ser mandatória, recomenda-se retorno entre sete e 14 dias após o aborto, para avaliar a recuperação da menina ou mulher e a necessidade de encaminhamentos ou tratamentos adicionais.<sup>(43)</sup> O acompanhamento pode ser oferecido por telemedicina, desde que adequadamente registrado em prontuário e em conformidade com a legislação vigente.

## Resumo das recomendações

1. Todo tocoginecologista brasileiro deve estar habilitado para prover atenção integral a mulheres em situação de interrupção intencional da gravidez com fundamento e amparo legais.
2. A objeção de consciência deve estar pautada pelas obrigações éticas de garantir previamente o direito da mulher à informação completa, sem juízos de valor ou restrição da vontade e da garantia de um fluxo de referência ágil e acolhedor para acesso a um serviço de aborto previsto em lei sem discriminação, prejuízos ou danos.
3. Para prover o aborto previsto em lei, não é necessário autorização judicial, boletim de ocorrência ou laudo pericial do Instituto Médico Legal. Os procedimentos necessários variam de acordo com o fundamento legal para o aborto, entretanto, em todos os permissivos legais, o consentimento da mulher é essencial.
4. Para o aborto medicamentoso, o esquema preferencial é o regime combinado mife/miso. Apesar de mifepristona ainda não estar disponível no Brasil, é imperioso que a Anvisa regule seu uso no país em curto prazo.
5. No primeiro trimestre gestacional (até 12 a 14 semanas), quando mifepristona não está disponível, o esquema alternativo é

a administração de 400 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada três horas, até a expulsão dos produtos da concepção.

6. Para o aborto medicamentoso, no segundo trimestre gestacional, quando a mifepristona não está disponível, o esquema alternativo é a administração de 400 µg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada três horas, até a expulsão dos produtos da concepção. Acima de 24 semanas, a dose de misoprostol deve ser reduzida.
7. Para o aborto cirúrgico, AMIU é o método preferencial para o primeiro trimestre gestacional (até 12 a 14 semanas). No segundo trimestre gestacional, D&E é o método cirúrgico de eleição.
8. Os tocoginecologistas brasileiros devem buscar treinamento em D&E de segundo trimestre gestacional, uma vez que esse método está associado a melhores desfechos quando comparados aos do aborto medicamentoso.
9. A curetagem uterina é um método obsoleto e deve ser substituída pelas técnicas aspirativas (AMIU/aspiração elétrica) ou pelo aborto medicamentoso na indisponibilidade de realizar métodos aspirativos.
10. O uso de métodos reversíveis de longa ação (DIU e implantes), imediatamente ao aborto medicamentoso ou cirúrgico, deve ser incentivado entre mulheres que desejam contracepção.

## Referências

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016;388(10041):258-67.
2. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saúde Pública* 2020;36(Suppl 1):e00188718.
3. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa nacional de aborto 2016. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:653-660.

4. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 1940.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
6. World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO, 2012.
7. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S et al. Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004;103(4):729-37.
8. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry* 2017;74(2):169-178.
9. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New Engl J Med* 2011;364(4):332-339.
10. Rocca CH, Kimport K, Gould H, Foster DG. Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspect Sex Reprod Health* 2013;45(3):122-131.
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Casa Civil; 1988.
12. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília (DF): Casa Civil; 2015.
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília (DF): Casa Civil; 2002.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília (DF): Casa Civil; 2009.
16. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília (DF): Casa Civil; 2013.
17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento

às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Casa Civil; 2013.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
19. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília (DF): Casa Civil; 2018.
20. Bianchini A, Bazzo M, Chakian S. Crimes contra mulheres: Lei Maria da Penha, Crimes Sexuais, Femicídio. Salvador: Editora JusPodivm; 2019.
21. World Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
22. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília (DF): Casa Civil; 2019.
23. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília (DF):CFM; 2019.
24. International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO). Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's health. London: FIGO; 2012.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 385 November 2007: the limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol* 2007;110(5):1203-8.
26. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil—um estudo nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563-72.
27. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb SL. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(4):283-92.
28. Leal MD, Szwarcwald CL, Almeida PV, Aquino EM, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1915-28.
29. Promsex. Taller de Sociedades medicas para identificar al perfil clinico para el aborto terapeutico: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Comités de Derechos Sexuales Y Reproductivos: Lima; 2005.

30. Diniz D. A arquitetura de uma ação em três atos - anencefalia no STF. Rev Fac Direito UnB. 2016;1(2):161-83.
31. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.989/2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p. 308 e 309. Brasília (DF): CFM; 2012.
32. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. ISSN 1983-7364.
33. Khadr S, Clarke V, Wellings K, Villalta L, Goddard A, Welch J, et al. Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2018;2(9):654-65.
34. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Fórum Nacional de Segurança Pública. Atlas da Violência 2018. Rio de Janeiro: IPEA; 2018.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União, Publicado em: 24/09/2020 | Edição: 184 | Seção: 1 | Página: 89. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
36. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, et al. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. Contraception. 2020;101(6):361-36.
37. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; 2019.
38. Rosas CF. Interrupção da gestação. In: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Ética em ginecologia e obstetrícia. 5a ed. [Krikor Boyaciyan, organizador]. São Paulo: CREMESP; 2018.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica 3a ed. atual. e ampl., 2. reimpr. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
41. World Health Organization (WHO). Medical management of abortion. Geneva: WHO; 2018.
42. Ipas. Atualizações clínicas em saúde reprodutiva. L. Castleman e Kapp N. (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas; 2018.
43. World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO; 2014.

44. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, 2020.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 357, de 24 de março de 2020. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União. Publicado em: 24/03/2020 | Edição: 57-C | Seção: 1 - Extra | Página: 2. Brasília, 2020.
46. Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NTM, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M. et al. on behalf of the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2007; 369: 1938–46.
47. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol* 2018;131(6): e172-e189. doi:10.1097/aog.0000000000002670.
48. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care. London: RCOG, 2015.
49. Society of Family Planning. Induction of fetal demise. *Contraception* 2010;81:462–473.
50. Edelman A, Kapp N. Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation ('second trimester'). Chapel Hill, NC: Ipas, 2018.
51. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714. DOI: 10.1002/14651858.CD006714.pub2.
52. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138(3):363-6.
53. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
55. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abortion care. London, 2019.



**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

COMPORTAMENTO,  
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA