

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO HU-UFMA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

JOÃO BELTRÃO NOLÊTO E SILVA JÚNIOR

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

SÃO LUÍS
2008

JOÃO BELTRÃO NOLÊTO E SILVA JÚNIOR

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

Monografia apresentada à Chefia do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão como parte integrante das atividades desenvolvidas pelo Residente de primeiro ano de Obstetrícia e Ginecologia

ORIENTADOR:
PROF. DRA. MARÍLIA DA GLÓRIA MARTINS

SÃO LUÍS

2008

JOÃO BELTRÃO NOLÊTO E SILVA

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

Monografia apresentada à Chefia do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão como parte integrante das atividades desenvolvidas pelo Residente de primeiro ano de Obstetrícia e Ginecologia

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Marília da Glória Martins (Orientadora)
Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HU-UFMA

Primeiro examinador

Segundo examinador

Terceiro examinador

RESUMO

Tratou-se de um estudo descritivo retrospectivo, quantitativo e qualitativo, sobre interrupção de gestação Prevista em Lei realizada no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HU-UFMA. Objetivou-se identificar os casos de abortamento previsto em lei no período de 2000 a 2007, verificando-se idade gestacional da interrupção, indicação clínica dos abortamentos por risco de vida e perfil do agressor. Foram coletados dados dos prontuários do serviço de arquivo médico do HU-UFMA. Houve predomínio de interrupção por violência sexual, idade média de 19,2 anos com vítimas de violência sexual cerca de 11 anos mais novas comparadas com o outro grupo. Capital foi a procedência de cerca de 50% das pacientes. A Idade gestacional média foi de 15,7 sem. Moradia da vítima ou do agressor foi o local onde ocorreu a violência em 80% dos casos, com agressor conhecido por 60% das vítimas. Seis pacientes foram submetidas à interrupção por situação de risco materno devido neoplasias malignas de mama e de colo de útero, endocardite infecciosa, lupus com insuficiência renal e gravidez abdominal. Destacou-se o pequeno número de interrupções de gestação. Perfil do Agressor, local de agressão e idade da vítima refletem a relação de poder envolvida na violência contra a mulher, enraizada dentro da própria unidade familiar. As pacientes em risco de vida apresentavam patologias que em geral impediam ou limitavam tratamento da gestante.

Palavras-chave: Aborto Legal; Aborto Previsto em Lei; Saúde da Mulher; Violência

ABSTRACT

It was performed a descriptive, retrospective, quantitative and qualitative study about pregnancy interruption foreseen by law performed in Obstetrics and Gynecology Service of the University Hospital- UFMA (HU-UFMA). We intended to identify the abortion cases foreseen by law, from 2000 to 2007, and verify gestational age of interruption, clinical indication of abortions due to risk of life and aggressor's profile. It was collected data of promptuaries from the medical archive service of HU-UFMA. There was a predominancy of interruption due to sexual violence, mean age of 19,2 years old with sexual violence victims being about 11 years old younger than the other group. Capital was the provenance of nearly 50% of patients. The mean gestational age was 15,7 weeks. Victim or aggressor's house was the site where the violence took place in 80% of cases, with known aggressor by 60% of victims. Six patients were submitted to interruption due to maternal risk situation related to malignant neoplasies of breast and uterus, infective endocarditis, lupus with kidney failure and abdominal pregnancy. It was distinguished the small number of pregnancy interruptions. Aggressor's profile, place of aggression and victim age reflect the power relation involved in the violence against woman, with deep roots even in family unit. Patients in risk of life presented pathologies wich in general hindered or limited pregnant treatment.

Key-words: Legal Abortion; Abortion Foreseen by Law; Woman Health; Violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Distribuição por motivo de interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	16
Figura 2-	Distribuição por faixa etária conforme motivo de interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	17
Figura 3-	Distribuição por município de origem conforme motivo de interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	17
Figura 4-	Distribuição por agente agressor de vítimas de violência sexual submetidas à interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	19
Figura 5-	Distribuição por local de agressão de vítimas de violência sexual submetidas à interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	19
Tabela 1-	Município de origem das pacientes submetidas à interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	18
Quadro 1-	Patologias das pacientes submetidas à interrupção de gestação prevista em lei por situação de risco materno, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMIU	–	Aspiração Manual Intra-Uterina
BOP	–	Boletim de Ocorrência Policial
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
DST	–	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEBRASGO	–	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	–	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HU-UFMA	–	Hospital Universitário da UFMA
IML	–	Instituto Médico Legal
LILACS	–	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDCARIB	–	Literatura do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	–	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
O & G	–	Obstetrícia e Ginecologia
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PAHO	–	Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde
SAME	–	Serviço de Arquivo Médico
SciELO	–	Scientific Electronic Library Online
UFMA	–	Universidade Federal do Maranhão
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva
WHOLIS	–	Sistema de Informação da Biblioteca da OMS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
3	OBJETIVOS	13
3.1	Objetivo geral	13
3.2	Objetivos específicos	13
4	METODOLOGIA	14
4.1	Delineamento do estudo	14
4.2	Coleta de dados	14
4.3	Análise dos dados	15
4.4	Considerações éticas	15
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	21
7	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE	31

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera abortamento a interrupção da gestação até a idade gestacional de 22 semanas ou produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm, quando a idade gestacional é desconhecida (OMS, 1992). Ao produto da concepção denomina-se aborto, classificado em aborto precoce quando ocorrido em até 12 semanas completas e aborto tardio quando a interrupção da gestação se dá após 12 semanas e em até 22 semanas. Estima-se que 10 a 15% das gestações evoluam clinicamente para abortamento espontâneo (MATTAR; SASS, 2005b).

Por ano ocorrem 210 milhões de gestações no mundo destas 75 milhões não são planejadas conduzindo a 46 milhões de abortamentos induzidos anualmente. 20 milhões de abortamentos provocados são realizados em condições precárias de saúde, 95% dos casos em países em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA, 2004).

No Brasil estima-se uma taxa de 40 casos de abortamento provocado por 1000 mulheres em idade fértil. Em países do leste europeu este valor pode atingir até 60 a 80 casos por 1000 mulheres em idade fértil. Na Rússia calcula-se que cada mulher realize seis abortos em toda a vida (FAUNDES et al, 2004; HÉRCULES, 2004). Em 1999 foram realizadas no Brasil mais de 235.000 curetagens por aborto (BRASIL, 2001).

Na década de 1990 duas conferências realizadas pela OMS, em 1994 no Cairo e em 1995 em Pequim, debateram a questão do aborto destacando a responsabilidade dos governos na implementação de políticas de assistência a saúde para pacientes submetidas a abortamento. O plano de ação definido pela conferência de Cairo, do qual o Brasil foi signatário, considerou o abortamento como um problema de saúde pública e não apenas de ordem pessoal ou familiar (BRASIL, 2005a).

Mais de 60% da população mundial vive em países onde o abortamento é permitido (BRASIL, 2001). No Brasil o abortamento está previsto desde 1940 através do artigo 128, inciso I e II do código penal em duas situações: abortamento necessário e abortamento sentimental ou humanitário:

DOS CRIMES CONTRA PESSOAS

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando menor ou incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 1940, p. 32-33).

Em todo o mundo foram criadas comissões para analisar a situação do abortamento e da violência sexual. Nestas discussões destaca-se a participação de movimentos feministas e religiosos (KALSING, 2002). Em 1996 a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) criou a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei. Somente em 1998 foi publicada pelo Ministério da Saúde portaria específica sobre o tema (BRASIL, 1999; FEBRASGO, 2004).

O primeiro serviço brasileiro especializado no atendimento de vítimas de violência sexual e na realização de abortamentos previsto em lei foi implantado em São Paulo em 1989 no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya (SOARES, 2003). Estima-se atualmente que existam mais de 70 serviços deste tipo, principalmente entre os hospitais universitários (ALMEIDA; JORGE; SUDÁRIO, 2005).

A primeira legislação brasileira tratando do aborto foi o Código Imperial de 1830, que tratava da punição de quem ocasionasse ou auxiliasse uma gestante a abortar. O referido código na fazia referência a punição por morte materna decorrente de abortamento, nem de abortamento em caso de estupro.

A partir da Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, os casos de violência física, sexual e psicológica contra a mulher são considerados de notificação compulsória (BRASIL, 2003).

Para Rocha (2006) a redemocratização do Brasil a partir de 1989 fortaleceu a discussão sobre abortamento:

Não houve modificações significativas na legislação, no entanto conseguiu-se estabelecer normas técnicas e criar serviços que procuram garantir o acesso ao aborto previsto em lei e o atendimento das mulheres em situação de abortamento, no âmbito do Poder Executivo (ROCHA, 2006, p. 7).

2 REVISÃO DE LITERATURA

O abortamento necessário é aquele realizado em pacientes em situação de risco, portadoras de doenças graves. Somente pode ser realizado após avaliação por dois especialistas na patologia em questão, por exemplo, oncologista, cirurgião e por um obstetra (MARTINS et al, 2007a; 2007b). Estes casos não precisam ser comunicados ao Conselho Regional de Medicina, contudo o Comitê de Ética do hospital onde o procedimento for realizado deve ser informado (BRASIL, 2001). O abortamento necessário é permitido em 93% dos países do mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA, 2004).

Para a Febrasgo (2004) o abortamento necessário pode ser considerado terapêutico, quando em risco iminente de morte, ou profilático, para resguardar a vida da paciente.

O abortamento sentimental é aquele realizado em pacientes vítimas de violência sexual. Aproximadamente 12 milhões de mulheres são violentadas por ano no mundo (BRASIL, 2005b).

O estupro é punido conforme o artigo 123 do código penal:

DOS CRIMES CONTRA OS COSTUMES

Estupro

Art. 213 - Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos (Redação dada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990).

Parágrafo único - Parágrafo acrescentado pela Lei nº 8.069, de 13.7.1990 e revogado pela Lei nº 9.281, de 4.6.1996:

Texto original: Se a ofendida é menor de catorze anos:

Pena - reclusão de quatro a dez anos (BRASIL, 1940, p. 39).

Pacientes vítimas de violência sexual devem ser atendidas conforme protocolo específico, que inclui realização de tratamento profilático para DST/AIDS (FEBRASGO, 2004). Estima-se um risco de 4 a 7% de ocorrer gestação após estupro. Estudos que incluem maior número de adolescentes aumentam esta média. Na Etiópia foi encontrada uma proporção de 17% de gestações após episódio de estupro, devido pequena proporção de mulheres mais velhas (BEDONE; FAÚNDES; OSHIKATA). Caso as vítimas de violência desejem interromper a gestação devem apresentar Boletim de Ocorrência Policial (BOP) e laudo do Instituto Médico Legal, quando disponível. De acordo com o código penal brasileiro não é necessária autorização judicial para interrupção da gestação pós-estupro, apenas a assinatura

de consentimento informado, o qual deverá ser assinado por pais ou responsáveis quando menor de 14 anos ou incapaz (BRASIL, 2001). O abortamento sentimental é permitido em cerca de 40% dos países do mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA, 2004).

Desde o final da década de 1970 é possível o diagnóstico pré-natal de malformações fetais, contudo a interrupção da gestação em casos de fetos com anomalias graves ou incompatíveis com a vida não está prevista em lei, portanto a sua realização só pode ser realizada após autorização judicial, fundamentada em laudo médico comprovando a situação do feto. Na década de 1990 cerca de 500 solicitações de abortamento envolvendo fetos nestas condições foram autorizadas judicialmente. Destacaram-se os casos envolvendo anencéfalos, malformações múltiplas e malformações urinárias (BRASIL, 2001; FEBRASGO, 2004).

A interrupção deve ser realizada até a idade gestacional de 20 semanas, de preferência até 12 semanas. Recomenda-se um intervalo máximo de sete dias entre o primeiro atendimento e a realização do procedimento. Após interrupção da gestação a paciente permanecerá em acompanhamento com equipe multiprofissional (ANDALAF NETO; FAÚNDES; FREITAS, 1999; MARTINS, 2007b).

Em gestações com menos de 12 semanas a realização de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é mais seguro e eficaz do que a curetagem tradicional. Em gestações com mais de 12 semanas pode-se preparar o colo utilizando-se misoprostol por via vaginal a cada seis horas até expulsão do aborto, com posterior curetagem uterina. Em crianças e em pacientes psicologicamente muito alteradas é preferível a realização destes procedimentos sob anestesia geral (FEBRASGO, 2004).

Como complicações médicas mais frequentes do abortamento destaca-se a permanência de restos ovulares, hemorragia, infecção e fenômenos tromboembólicos. A longo prazo o abortamento tem sido associado à insuficiência ístmocervical e a formação de sinéquias uterinas (MATTAR; SASS, 2005a). Complicações resultantes de abortamento são a terceira causa de morte materna do Brasil, cerca de 12,5% do total de casos (BRASIL, 2001). A OMS e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) conceituam como morte materna

àquela ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da idade gestacional e do sítio de implantação do ovo, com causa relacionada com a gravidez, excetuando-se acidentes/ incidentes. A morte materna tardia é aquela ocorrida com as mesmas características citadas anteriormente, ocorrida entre 43 dias e um ano após término da gravidez (MATTAR; SASS, 2005b).

Destaca-se contudo questões sociais psicológicas ligadas ao abortamento principalmente quando o mesmo é realizado em virtude de violência sexual (ALMEIDA; JORGE; SUDÁRIO, 2005; MARTINS, 2007b).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Identificar os casos de abortamento Previsto em Lei realizados no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HU-UFMA no período de 2000 a 2007.

3.2 Objetivos específicos:

- ❖ Verificar a idade gestacional em que a interrupção foi realizada;
- ❖ Conhecer a indicação clínica dos abortamentos por risco de vida;
- ❖ Verificar o perfil do agressor.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo retrospectivo, quantitativo e qualitativo, sobre interrupção de gestação Prevista em Lei realizada no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HU-UFMA.

Foram incluídos os casos de interrupção de gestação efetuadas no Serviço de O&G do HU-UFMA entre maio de 2000 e dezembro de 2007, foram todos os casos de risco materno e aqueles decorrente de estupro.

O Serviço de O&G do HU-UFMA seguindo as determinação do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1999) estabelece como requisito para interrupção da gestação as seguintes documentações:

- ❖ Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo pai ou responsável quando menor de 14 anos ou incapaz, idade gestacional de até 20 semanas, de preferência até 12 semanas, análise dos documentos (pedido de interrupção, Boletim de ocorrência, exames que comprovem a gravidez e idade gestacional, cópia do RG da paciente e de seu responsável legal) pelo Comitê de Ética do Hospital onde o procedimento deverá ser realizado.

- ❖ Em caso de risco materno: Laudo médico emitido por um obstetra e por dois especialistas que comprove a gravidade do caso, e análise das condições obstétricas para decidir pela interrupção. Tudo isto será levado ao Comitê.

4.2 Coleta de dados

Foram coletados pertencem no Serviço de Arquivo Médico (SAME) da referida instituição após autorização da Chefia do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HU-UFMA.

A análise foi realizada através da interpretação dos dados obtidos a partir de uma ficha- protocolo (ver Apêndice A).

4.3 Análise dos dados

Após a coleta, os dados quantitativos foram digitados no software de pesquisa biomédica Epi Info versão 3. 4. 1, de domínio público, do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, EUA. Os dados foram agrupados em tabelas e gráficos (MICROSOFT CO., 2002) e os resultados foram discutidos com base na revisão bibliográfica realizada na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

4.4 Considerações éticas

As pacientes cujos dados foram pesquisados não foram identificadas e a presente pesquisa não envolveu risco aos participantes conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da UFMA realizou entre os anos de 2000 e 2007 a interrupção de 16 gestações em casos onde o procedimento é permitido por lei.

A distribuição das interrupções das gestações mostrou predomínio de casos de violência sexual como demonstra figura 1.

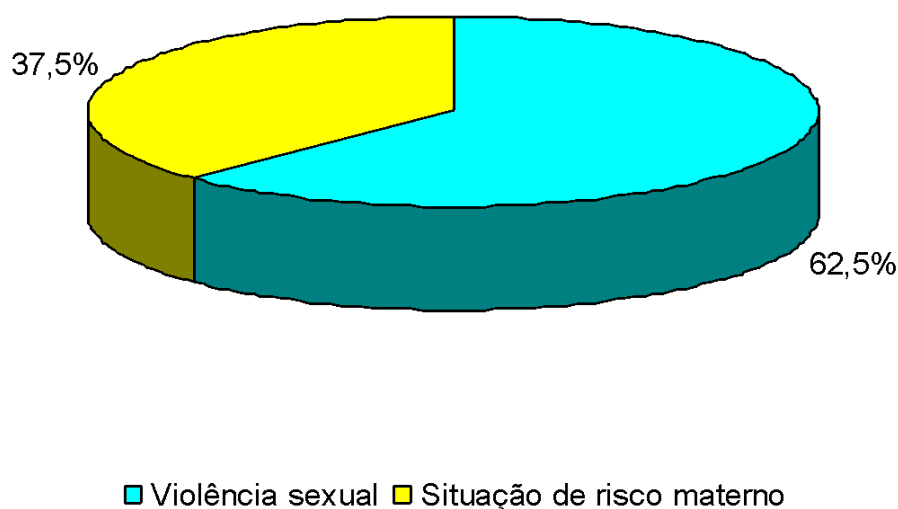


Figura 1- Distribuição por motivo de interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

A idade das gestantes por ocasião da interrupção da gestação foi em média de 19,2 anos. Entre as gestações interrompidas por violência sexual a idade média materna encontrada foi de 14,8 anos (desvio-padrão de 3,15). Entre as interrompidas por situação de risco materno a idade média foi superior, de 26,5 anos (desvio-padrão de 7,94). A figura 2 apresenta a distribuição por faixa etária.

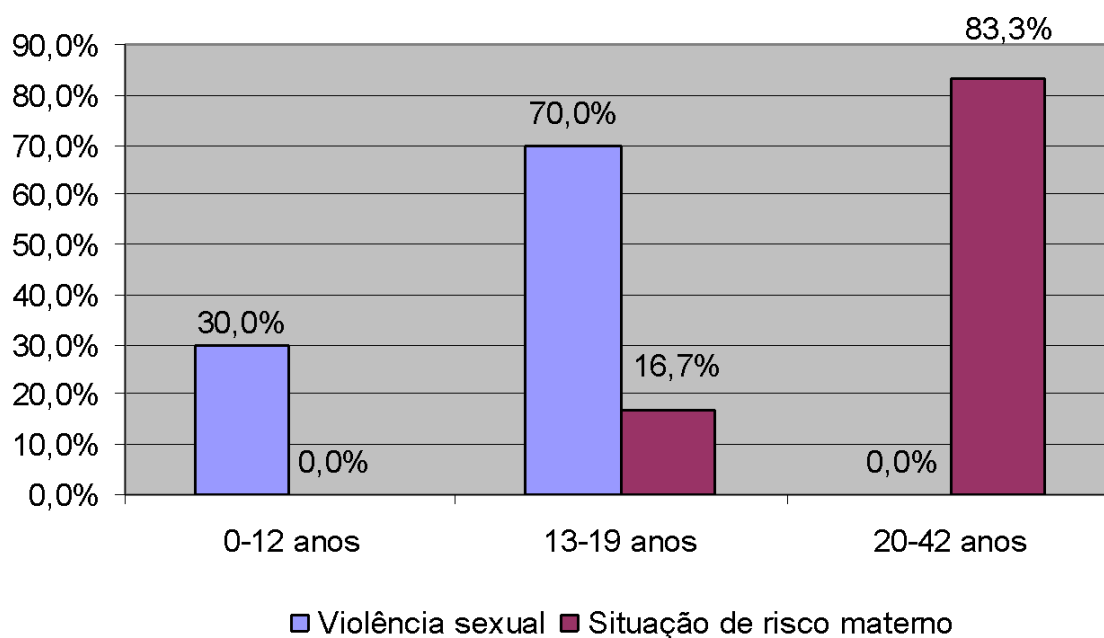


Figura 2- Distribuição por faixa etária conforme motivo de interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

A Capital contribuiu com 62,5% das pacientes e os municípios do interior com 37,5%. A figura 2 e a tabela 1 evidenciam os municípios de origem das pacientes conforme motivo da interrupção da gestação.

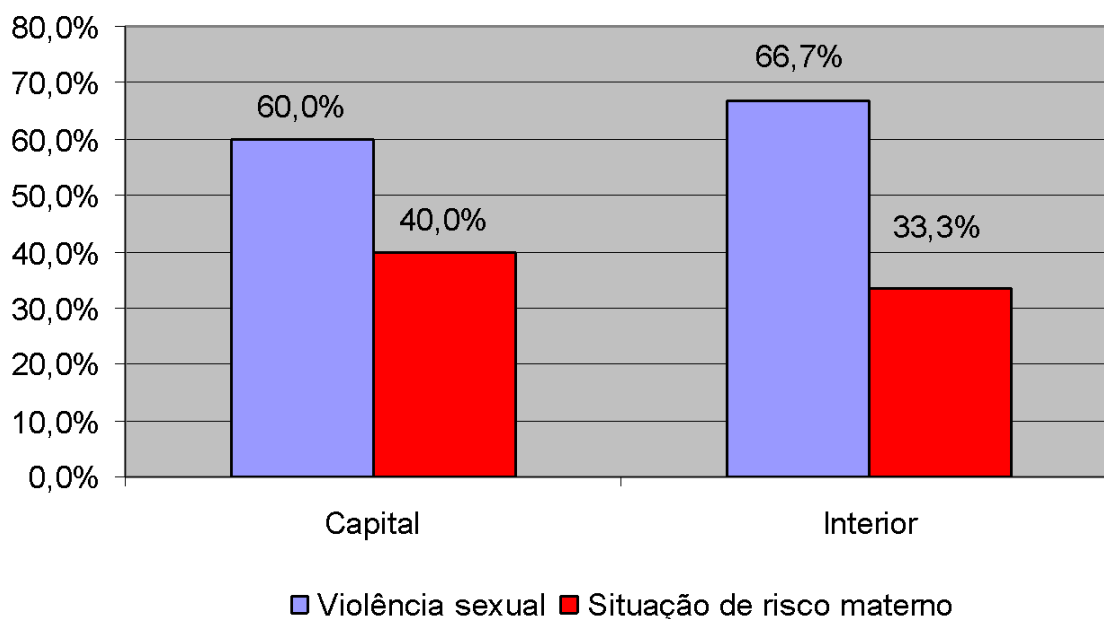


Figura 3- Distribuição por município de origem conforme motivo de interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

Tabela 1 – Município de origem das pacientes submetidas à interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

Município	Violência sexual	Situação de risco de vida
Anapurus	0	1
Barreirinhas	1	0
Belágua	1	0
Itapecuru	0	1
Mirador	1	0
Mirinzal	1	0
São Luís	6	4
Total	10	6

A idade gestacional por ocasião da interrupção encontrada neste estudo foi em média de 15,7 sem (desvio-padrão de 3,41). Entre as vítimas de violência sexual a média encontrada foi de 15,1 sem (desvio-padrão de 2,18) e entre as pacientes em situação de risco materno foi de 16,6 sem (4,96).

Das vítimas de violência sexual 70% eram estudantes e 30% pacientes com síndrome de Down. Todas as pacientes vítimas de violência sexual receberam alta após três dias. Apenas uma paciente em situação de risco foi a óbito 60 dias após realização do procedimento.

O agressor de 50% das vítimas de violência sexual foi um familiar e em 70% dos casos o local de agressão foi a moradia da vítima ou a do agressor, como se pode observar pelas figuras 2 e 3.

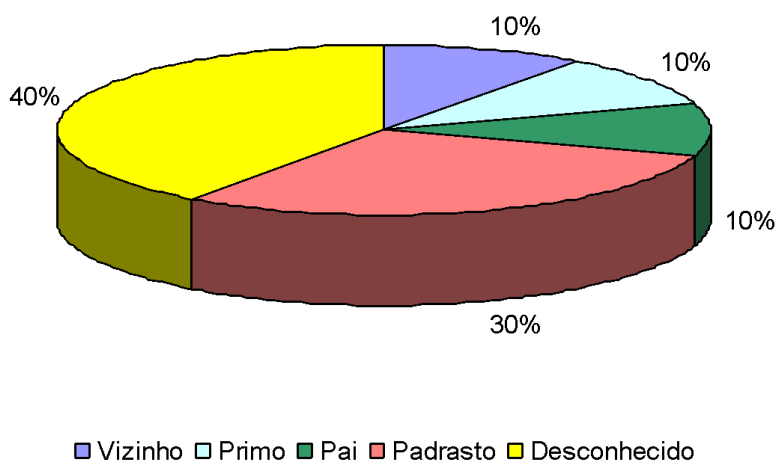


Figura 4- Distribuição por agente agressor de vítimas de violência sexual submetidas à interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

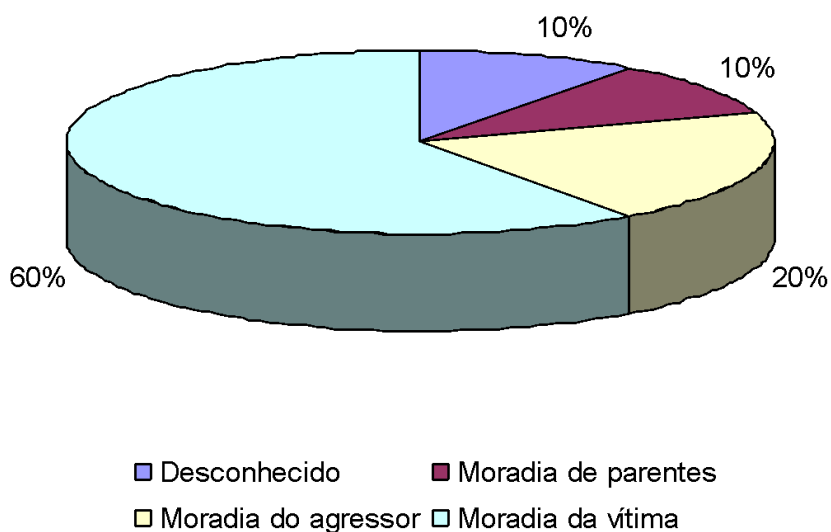


Figura 5- Distribuição por local de agressão de vítimas de violência sexual submetidas à interrupção de gestação prevista em lei, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

Seis pacientes tiveram gestação interrompida devido patologias maternas que as colocava em situação de risco. O quadro 1 lista essas patologias, com a idade materna e a idade gestacional por ocasião da interrupção.

Quadro 1 – Patologias das pacientes submetidas à interrupção de gestação prevista em lei por situação de risco materno, Serviço de O & G do HU-UFMA, 2000 a 2007

Patologia	Idade materna	Idade gestacional
Neoplasia de mama supranumerária	25	10
Carcinoma epidermóide invasor de colo de útero	33	11
Endocardite infecciosa em prótese de válvula mitral	18	18
Gravidez ectópica abdominal com concepto mal-formado	39	19
Endocardite infecciosa em valvulopatia aórtica	23	20
Lúpus eritematoso sistêmico e insuficiência renal	21	22

6 DISCUSSÃO

Em seis anos de estudo apenas 16 casos de interrupção de gestação em casos previstos por lei foram identificados.

Aborto sentimental ou piedoso é aquele realizado em vítimas de violência sexual. Esta modalidade de abortamento surgiu após a primeira guerra mundial quando milhares de mulheres foram violentadas em invasões na Europa (FRANÇA, 1998). Considerando a magnitude da violência contra a mulher no Brasil e de que 5-7% dos estupros resultem em gravidez poderia se esperar um número de casos superior aos dez casos encontrados neste estudo. Desde implantação dos serviços de interrupção de gestação no final dos anos 80 até 2004 foram realizadas em todo o Brasil apenas 1200 interrupções (CITELI; TALIB, 2005). Estes resultados refletem uma proporção considerável de gestações resultantes de violência sexual que interrompidas através de abortamentos clandestinos ou que são levadas a termo, devido a tendência a tratar o assunto em questão como um problema doméstico, fora da esfera médico-social.

Nos Estados Unidos cerca de 25% das mulheres já mantiveram relação sexual sem consentimento durante adolescência (BRASIL, 2005b). Estudos estimam que isso tenha ocorrido em 10% das mulheres de São Paulo e em 14% entre as de Pernambuco (ADVOCACI, 2003).

Quando se analisa o agente agressor e o local de agressão de fato percebe-se um cenário familiar à vítima, com 60% dos agressores sendo pessoas conhecidas e próximas da mulher. Essa relação de poder vítima versus agressor parente conduziu a uma média de idade baixa, próxima aos 14 anos. Destacou-se neste estudo a presença de três deficientes mentais vitimizadas, uma inclusive com nove anos.

As principais vítimas identificadas em vários trabalhos são adolescentes e mulheres jovens, especialmente aquelas que moram com só um dos pais ou com padrasto. Quanto mais cedo é iniciada a vida sexual, maiores são as taxas de violência sexual. História de estupro na infância aumenta a probabilidade de novas agressões sexuais na vida adulta. Uso de álcool e drogas também são fatores considerados preditivos para violência sexual (FAUNDES et al, 2006).

O agente agressor mais freqüente difere de acordo com a fonte de dados. Bedone, Faúndes e Oshikata (2005) relatam que em registros policiais o agente agressor em geral é desconhecido, enquanto em prontuários médicos o agressor frequentemente é um parente próximo. Isto reforça a importância dos serviços de saúde em lidar com esta situação, prevenindo inclusive a recorrência da violência.

Estudos realizados anteriormente no Maranhão também demonstraram predomínio de crianças e adolescentes como vítimas de estupro, com agressão realizada na própria residência da vítima por um familiar (MARTINS et al, 2007c; 2007d).

Atualmente a disponibilidade de ambulatórios de atendimento às vítimas de violência sexual pode contribuir para uma diminuição no número de gestações resultantes de estupro, pela dispensação de anticoncepcionais orais de emergência. Contudo o impacto destas medidas não se faz presente em mulheres cujo perfil seja similar ao das pacientes encontrado neste estudo, onde a vítima é violentada por um agressor conhecido, por longos períodos da vida, desde tenra idade.

Ainda que se considere o tempo necessário para obtenção de documentação exigida pelo Ministério da Saúde para interrupção da gestação percebeu-se uma idade gestacional média avançada para realização da interrupção, de quase 15 semanas, cerca de três semanas a mais do considerado ideal para o procedimento, que é de 12 semanas. Mais uma vez condições culturais, religiosas e sociais podem ter influenciado estes resultados.

Soares (2003) em estudo sobre profissionais de saúde e abortamento legal destacou a presença de concepções moralistas e religiosas por parte desses profissionais em relação a estas gestantes. A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (2004) considera uma tarefa árdua selecionar médicos para atuar em serviços de interrupção de gestação, por questões próprias do profissional. O Código de Ética Médica, através dos artigos 7 e 28, resguardam ao médico o direito de recusar realizar o abortamento ainda que previsto em lei por objeção de consciência:

Capítulo I

Art. 7º- O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Capítulo II

É direito do médico:

Art. 28º- Recusar a realização de atos médicos que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (CFM, 2003)

Vários problemas psiquiátricos são descritos em mulheres após estupro, incluindo depressão, fobia, ansiedade, uso de drogas, tentativa de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático ou síndrome do trauma do estupro (FAÚNDES et al, 2006). Após alta hospitalar as pacientes desta pesquisa, vítimas de estupro foram acompanhadas por meio de acompanhamento psicológico especializado (MARTINS et al, 2007c).

O aborto em pacientes em situação de risco, também chamado de aborto necessário se fundamenta no preceito que protege uma vida em detrimento de outra, dando prioridade àquela que já está inserida no convívio da sociedade. Para França (1998) são raras as situações onde realmente está indicado o abortamento necessário, devido aos recursos da medicina moderna. Para ele esta modalidade de aborto precisa preencher cinco critérios:

- 1- a mãe apresenta perigo vital;
- 2- este perigo esteja sob a influência direta da gravidez;
- 3- a interrupção da gravidez faça cessar esse perigo para a vida da mãe;
- 4- esse procedimento seja o único meio capaz de salvar a vida da gestante;
- 5- sempre que possível, com a confirmação ou concordância de outros dois colegas (FRANÇA, 1998, p. 225-226)

A Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (2004) considera infundado estes princípios, na medida em que 15 a 30% das mortes maternas se dão por causas indiretas, justificando-se a interrupção da gestação como única medida capaz de salvar a vida da mulher. Mortes maternas indiretas são as que decorrem de doenças pré-existentes ou desenvolveram-se no decorrer da puerperalidade e agravaram-se pelas alterações fisiológicas desse período (SASS; MATTAR, 2005b).

A interrupção da gestação aumenta em 100 vezes a mortalidade materna para cada 1% de risco associado à patologia, utilizando-se como parâmetro as taxas de mortalidade materna de países desenvolvidos (10 mortes por 10.000 nascidos vivos)

Foi registrado apenas um óbito entre as pacientes submetidas à interrupção da gestação. A referida paciente apresentava gestação ectópica abdominal com produto da concepção mal-formado. Foi submetida a procedimento cirúrgico bem-sucedido e foi transferida para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HU-UFMA, falecendo alguns dias depois.

As pacientes em situação de risco de vida eram mais velhas e apresentavam idade gestacional mais avançada por ocasião da interrupção. A seguir descrevem-se alguns aspectos de cada patologia responsável pela interrupção motivada por risco de vida:

Uma paciente com carcinoma em mama supranumerária com 25 anos e idade gestacional de 10 semanas. Neoplasias de mama diagnosticadas durante a gestação correspondem a 0,4 a 2,5% do total de carcinomas mamários, ocorrendo a cada 1.000 a 4.000 gestações. O carcinoma de mama é a neoplasia mais prevalente da gestação representando 25% de todas as neoplasias. O diagnóstico é dificultado levando-se em conta que boa parte das gestantes tem idade inferior à indicada para realização de mamografia de rastreio. Associado a isto se tem alterações fisiológicas da mama que dificultam a palpação de nódulos. 75% dos carcinomas mamários em gestantes apresentam comprometimento linfonodal. Entre as mulheres não-grávidas essa proporção é de 50%. Casos avançados devem ser tratados com poliquimioterapia. Tratamentos regionais como cirurgia e radioterapia somente podem ser empregados após o parto ou em situações especiais (como boa resposta clínica) após a terceira dose de quimioterapia. A radioterapia está contra- indicada nos dois primeiros trimestres da gestação. Metotrexate têm sido associado a abortamento e a mal-formações cranianas e Fluoracil à RCIU. O prognóstico é semelhante entre gestantes e não-gestantes em todos os estágios do carcinoma, contudo em gestantes a doença tende a ser mais avançada, por ser a massa mamária ignorada (GEBRIM, 2005; LIPPMAN, 2002). Após interrupção da gestação a paciente deste estudo foi submetida à quimioterapia e radioterapia.

Uma paciente com carcinoma epidermóide invasor de colo de útero com 33 anos e idade gestacional de 11 semanas. O carcinoma de colo de útero representa 10% de todas as neoplasias malignas em mulheres, sendo um reflexo do grau de desenvolvimento de um país, uma vez que o intervalo médio entre a lesão inicial e a fase diagnosticada clinicamente leve em média 15,6 anos (NICOLAU et al, 2005). A paciente deste estudo tinha apenas 33 anos. Antes de haver invasão este carcinoma apresenta pouco sintomas, daí a necessidade de realizar-se colpocitologia oncológica de rotina no pré- natal. Este exame foi responsável pela redução de 50-70% na mortalidade por câncer de colo de útero nos últimos 50 anos nos Estados

Unidos (YOUNG et al, 2005). Em mulheres abaixo dos 35 anos, como a deste estudo, o prognóstico é menos favorável do que em mulheres mais idosas, pois mulheres jovens em geral apresentam neoplasias mais indiferenciadas. Para Nicolau et al (2005) o prognóstico entre estes dois grupos é similar no Brasil. Estádios avançados podem ser tratados com radioterapia ou quimioterapia. Em casos selecionados pode ser realizada cirurgia de exenteração pélvica (YOUNG et al, 2005; NICOLAU et al, 2005). Bertini, Conz e Silva (2005) preconizam a realização da cirurgia de Wertheim-Meigs com útero cheio em gestantes de primeiro trimestre. Todas estas modalidades de tratamento são incompatíveis com o estado gravídico.

Uma paciente com gravidez ectópica abdominal com 39 anos e idade gestacional de 19 semanas. Gravidez abdominal ocorre em 1,5% das gestações ectópicas. O feto se desenvolve livremente no interior da cavidade peritoneal, com formação e fixação da placenta em algum órgão abdominal. Devido às condições adversas deste ambiente em geral são reabsorvidos, supurados, mumificados ou podem se eliminados pelo reto em casos de supuração aderida a alças intestinais (CALDEIRA; SANDER; SANDER, 2002; FEBRASGO, 2002). A Febrasgo (2002) recomenda conduta expectante em casos de fetos vivos até a 36^o semana e laparotomia após 36^o semana ou em caso de óbito fetal. A paciente deste estudo além da gestação abdominal que lhe impunha situação de risco, apresentava feto com múltiplas mal-formações. Contudo deve-se lembrar que apesar de liminares liberarem abortamento em caso de mal-formações fetais, esta modalidade de interrupção não está Prevista em Lei (BRASIL, 2001; FEBRASGO, 2004). Após interrupção da gestação a paciente foi transferida para UTI do HU-UFMA onde faleceu algumas semanas depois. Foi o único óbito registrado neste estudo.

Duas pacientes com Endocardite infecciosa. A primeira com 18 anos, idade gestacional de 18 semanas com prótese de válvula mitral. A segunda com 23 anos, idade gestacional de 20 semanas e valvulopatia aórtica. A incidência de cardiopatias em gestantes é estimada entre 1 e 4%, a cardiopatia reumática é a mais freqüente, seguida da cardiopatia chagásica e congênita. Estas pacientes apresentam elevada incidência de complicações durante e após o parto (FEBRASGO, 2002).

A evolução de gestantes com próteses valvulares depende de vários fatores entre os quais Ferraz et al (2006) cita tipo de prótese, número e localização das próteses, tempo de evolução pós-operatória, ritmo cardíaco e função ventricular esquerda. A maior parte das gestantes com próteses valvulares suporta bem a sobrecarga hemodinâmica imposta pela gravidez, contudo a ocorrência de endocardite infecciosa ocasiona uma descompensação da função cardiovascular da paciente. São considerados de alto risco para desenvolvimento de endocardite infecciosa pacientes com próteses valvulares cardíacas, valvulopatias aórticas, insuficiência mitral, persistência do canal arterial, comunicação interventricular, coarctação da aorta e síndrome de Marfan (FEBRASGO, 2002). A segunda paciente referida inicialmente evoluiu inclusive com choque cardiogênico. Algumas semanas depois recebeu alta hospitalar.

Uma paciente com Lupus eritematoso sistêmico (LES) com 21 anos e idade gestacional de 22 semanas. O LES ocorre dez vezes mais em mulheres, com pico de incidência entre os 15 e 45 anos (SATO, 1996). Repercussões do LES na gestação são variadas, na dependência da evolução do doença e da apresentação clínica. Segundo Fernandes, Mattar e Sass (2005) as crises da doença ocorrem principalmente no 1º trimestre e no puerpério. Para estes as complicações mais frequentes do LES na gestação são hipertensão, pré-eclâmpsia, síndrome dos anticorpos antifosfolípes, abortamento de repetição, prematuridade, lupus neonatal e anormalidades cardíacas neonatais. Drogas como azatioprina e ciclofosfamida devem ser evitadas, na medida do possível. A paciente do presente estudo apresenta insuficiência renal com rim em estado terminal. Skare et al (2001) relata o envolvimento renal como principal aspecto a ser considerado na paciente lúpica, contra-indicando a gestação em pacientes com creatinina superior a 2mg ou com padrão de glomerulonefrite proliferativa difusa á biópsia. Quando existe comprometimento renal em gestantes lúpicas torna-se difícil diferenciar hipertensão por causas renais de pré- eclampsia.

7 CONCLUSÃO

A partir dos prontuários de 16 pacientes submetidas à interrupção da gestação prevista em lei pôde-se concluir que:

A idade gestacional média de interrupção da gestação foi de 15,7 semanas. 15,1 semanas entre as vítimas de violência sexual e 16,6 entre as pacientes em situação de risco materno;

As indicações de interrupção por risco de vida foram neoplasias de mama e colo de útero, gestação ectópica abdominal, endocardite infecciosa e lupus com insuficiência renal.

Entre as vítimas de violência sexual predominou parente como agente agressor e moradia da vítima ou de parentes como local de agressão.

REFERÊNCIAS

ADVOCACI. **Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos – síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito**. Rio de Janeiro: Advocaci. 2003.

ALMEIDA, P. C.; JORGE, M. S. B.; SUDÁRIO, S. **Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade**. *Psicologia e Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 73-79, set./dez. 2005

ANDALAFT NETO, J; FAÚNDES, A; FREITAS, F. III Fórum Interprofissional para implementação sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. **Femina**, v. 27, n. 4, p. 317-321, 1999.

BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A.; OSHIKATA, C.T. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 192-199, 2005.

BERTINI, A. M.; CONZ, C. B. L.; SILVA, M. C. S. Papilomavírus Humano (HPV). In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2005. cap. 79. p. 635-643. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**. Norma técnica. Brasília: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 2. ed. Brasília: 2005b.

BRASIL. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 1999.

BRASIL. Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro, 1940.

CALDEIRA, R. N. SANDER, C. M. C.; SANDER, F. H. Gravidez ectópica/ Gravidez ectópica rota. In: PIRES, M. C. T.; STARLING, S. V. **Manual de urgências em pronto-socorro**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. cap. 34. p. 365-374.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.246 de 8 de janeiro de 1988. **Código de Ética Médica. Código de Processo Ético- Profissional**. 6. ed. CFM, Brasília, 2003.

CITELI, M. T.; TALIB, R. A. Dossiê: Serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Brasília: São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir, 2005.

DEAN, A. G. et al. **Epi Info, Version 6: A Word Processing Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers**. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention.

FAÚNDES, A. et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre aborto induzido. **RBGO**, v. 6, n. 2, p. 89-96, 2004.

FEBRASGO. **Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei: manual de orientação**. Jorge Andalaft Neto (Ed.). São Paulo: Ponto, 2004.

FEBRASGO. **Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação**. Jorge Andalaft Neto (Ed.). São Paulo: Ponto, 2002.

FERRAZ, M. C. G. Cardiopatias. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2005. cap. 67. p. 511-522. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

FERNANDES, F. C.; MATTAR, R.; SASS, N. Colagenoses. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia**. Barueri: Manole, 2005. cap. 79. p. 635-643. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

FRANÇA, G. V. Aborto legal e aborto criminoso. In: _____. **Medicina Legal**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.11. p. 223-230.

GEBRIM, L. H. Câncer de mama na gestação. In: BACARAT, E. C.; LIMA, G. R. **Ginecologia**. Barueri: Manole, 2006. cap. 82. p. 671-675. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

HERCULES, H. Obstetrícia Forense, Aborto. In: GOMES, H. **Medicina Legal**. 33. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004. cap. 28. p. 410-434.

KALSING, V. S. S. O debate do aborto. **Cadernos Pagu**, v. 19, p. 279-314, 2002.

LIPPMAN, M. E. Câncer de mama. In: **Harrison: Medicina Interna**. 15.ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2002. cap. 89. p. 606-613.

MARTINS, M. G. et al. **Aborto previsto em lei: Adenocarcinoma de reto sigmóide em paciente na 17. semana de gestação- relato de caso**. Disponível em <http://www.huufma.br/site/web/servicos/servico_ginecologia_obstetricia/resumo_trabalhos.html>. Acesso em 15 set. 2007a.

MARTINS, M. G. et al. **Nove casos de abortamento previsto em lei.** Disponível em <http://www.huufma.br/site/web/servicos/servico_ginecologia_obstetricia/resumo_trabalhos.html>. Acesso em 15 set. 2007b.

MARTINS, M. G. et al. **Perfil das pacientes vitimizadas sexualmente atendidas no hospital universitário no período de janeiro a novembro de 2006.** Disponível em <http://www.huufma.br/site/web/servicos/servico_ginecologia_obstetricia/resumo_trabalhos.html>. Acesso em 15 set. 2007c.

MARTINS, M. G. **Violência sexual: atendimento no período de maio de 2000 a setembro de 2005.** Disponível em: <http://www.huufma.br/site/web/servicos/servico_ginecologia_obstetricia/resumo_trabalhos.html>. Acesso em 15 set. 2007d.

MATTAR, R.; SASS, N. Abortamento. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia.** Barueri: Manole, 2005a. cap. 5. p. 41- 46. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

MATTAR, R.; SASS, S. Morte Materna. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia.** Barueri: Manole, 2005b. cap. 29. p. 213- 215. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

MICROSOFT CO. **Microsoft Excel 2002.** [S.l.], 2002.

NICOLAU, S. M. et al. Carcinoma invasor do colo do útero. In: CAMANO, L. et al. **Obstetrícia.** Barueri: Manole, 2005. cap. 66. p. 503-511. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar).

OMS. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: OMS, 1992.

ROCHA, M. I. B. **A discussão política sobre aborto no Brasil:** uma síntese. Disponível em <<http://www.unicamp.com.br>>. Acesso em 20 dez. 2007.

SATO, E. I. Lupus eritematoso sistêmico. In: _____. ATRA, E. **Reumatologia prática.** Rio de Janeiro: Eleá, 1996.

SKARE, T. L. Lupus eritematoso sistêmico. In: _____. **Reumatologia.** Princípios e práticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, p. S399-S406, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. **Abortamento legal.** Guideline. Brasília, 2004.

YOUNG, R. C. Cânceres ginecológicos. In: **Harrison: Medicina Interna.** 15.ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2002. cap. 91. p. 658-664.

APÊNDICE A- FICHA- PROTOCOLO

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

Ficha Nº _____

1. Interrupção por: Situação de risco materno. Violência sexual**2. Dados pessoais**

Idade _____

Procedência: Capital Interior. Qual _____

Ocupação: _____

3. Dados obstétricos

Idade gestacional _____ sem (DUM) _____ sem (US ___ sem)

4. Desfecho clínico Alta Óbito durante interrupção da gestação Óbito após interrupção da gestação. Especificar tempo _____**5. Em caso de interrupção por situação de risco materno**

Indicação _____

Dados relevantes na história clínica _____

6. Em caso de interrupção por violência sexual

Agente agressor

- Pai Padrasto Tio
 Irmão Vizinho Desconhecido
 Outro. Especificar _____

Local da agressão

- Moradia da vítima Moradia do agressor
 Via pública Escola
 Outro. Especificar _____

Observações _____

