



NOTA TÉCNICA - Aborto legal acima de 20 semanas de gravidez: Perguntas e respostas para profissionais e gestores da saúde

16 de fevereiro de 2024

A Rede Médica pelo Direito de Decidir – Global Doctors for Choice/Brasil é vinculada à rede internacional de médicos articulados em mais de 25 países ao redor do mundo. Estamos comprometidos com a defesa dos direitos humanos e com a prestação de cuidados médicos da mais alta qualidade fundamentados na ciência. Por meio da defesa de políticas públicas e práticas médicas baseadas em evidências, nos esforçamos para proteger e expandir o acesso a cuidados abrangentes em saúde sexual e reprodutiva para meninas, mulheres e pessoas de gênero diverso.

Esta nota técnica visa esclarecer a sociedade, em particular autoridades de saúde, gestores e equipes de saúde, a respeito de aspectos conceituais, legais e técnicos do aborto legal e seguro em gravidezes acima de 20 semanas, a partir das evidências científicas mais atuais.

1. O que é aborto legal?

Nas ciências da saúde, aborto legal é definido como a “finalização de gestação em condições permitidas pela legislação local”.¹

Atualmente, no Brasil, são condições permitidas por lei “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” (Código Penal, art. 128);² e o aborto em casos de anencefalia fetal (Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 54).³

2. Qual é o limite de tempo gestacional para o aborto legal no Brasil? Apesar de o Brasil adotar uma abordagem baseada em permissivos legais restritos, **não há uma limitação relacionada ao tempo gestacional nos três casos em que o aborto deve ser garantido.** Tampouco há uma limitação de idade gestacional ou peso fetal relacionada ao conceito de aborto induzido (o aborto

¹ Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2023. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2023 [atualizado 2023 Dez 04; citado 2024 Fev 15]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

² Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 1940.

³ Supremo Tribunal Federal (STF). Arguição de Descumprimento De Preceito Fundamental 54 Distrito Federal. Relator: Min. Marco Aurélio. Inteiro Teor do Acórdão. Brasília, 2012.



legal é um aborto induzido e neste texto, utilizaremos os dois termos alternadamente, pois trataremos apenas do aborto induzido nos permissivos legais do Brasil) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define o termo como a “expulsão ou extração completa de um embrião ou feto (independente da duração da gravidez), após uma interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios medicamentosos ou cirúrgicos, que não resulta em um nascido vivo” (Código Internacional de Doenças 11ª revisão - CID-11: JA00.1).⁴ Ou seja, no conceito de aborto induzido, não há relação com o tempo gestacional, peso ou viabilidade fetal.

No mundo, muitos países adotam limites de tempos gestacionais diversos para restringir o acesso ao aborto legal. A ampla variação de tempo gestacional entre os países demonstra que esses limites não são baseados no conhecimento científico e no avanço tecnológico relacionado ao cuidado de mulheres que buscam um aborto induzido.⁵ No entanto, os limites de tempo gestacional nas leis ou nos protocolos dos serviços de saúde podem forçar mulheres a procurar abortos clandestinos ou fora do país,⁶ o que pode levar a aumento de custos, de mortalidade e das iniquidades sociais.⁷ Esses são alguns dos motivos pelos quais a OMS recomenda **contra** a abordagem baseada em permissivos legais ou limites de tempo gestacional para o acesso ao aborto induzido.⁸

3. Qual é a relação dos limites infralegais de tempo gestacional no acesso ao aborto e as violações de direitos humanos?

O Estado brasileiro aderiu a diversos tratados de direitos humanos que reforçam a necessidade de o Estado garantir o acesso ao aborto legal sem limites de tempo gestacional. No entanto, é comum a restrição de serviços de aborto legal baseada em tempos gestacionais não estabelecidos pela lei brasileira. Essa restrição viola os direitos humanos das mulheres de diversas maneiras.

⁴ World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases 11th Revision (2022). The global standard for diagnostic health information. [citado 2022 Ago 29]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028>.

⁵ Lavelanet AF, Schlitt S, Johnson BR Jr, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018;18(1):44. doi: 10.1186/s12914-018-0183-1.

⁶ Harries J, Gerds C, Momberg M, Greene Foster D. An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health*. 2015;12:21. doi: 10.1186/s12978-015-0014-y.

⁷ Lavelanet AF, Schlitt S, Johnson BR Jr, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018;18(1):44. doi: 10.1186/s12914-018-0183-1.

⁸ World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.



Primeiro, a limitação de serviços por tempo gestacional pode empurrar as mulheres acima do tempo gestacional para abortos clandestinos⁹ e, conseqüentemente, impactar o compromisso do Estado em reduzir a morbi-mortalidade materna. Esse impacto é muito maior entre as mulheres mais vulneráveis e representa uma grave violação ao seu direito à vida e ao direito à saúde.¹⁰

Segundo o número reduzido de serviços que oferta o aborto legal acima de 20 semanas leva à necessidade de deslocamentos onerosos e muitas vezes impossíveis para mulheres em situação de vulnerabilidade social e financeira.¹¹ A necessidade de deslocamento ainda atrasa o acesso das mulheres aos serviços e é considerada, sob a ótica dos tratados de direitos humanos, como tratamento desumano e degradante.¹²

Terceiro, a impossibilidade de acessar um serviço de aborto legal em decorrência da idade gestacional pode resultar na manutenção indesejada da gravidez.¹³

*De acordo com os tratados de direitos humanos, forçar a gravidez indesejada assemelha-se à submissão da mulher à tortura, principalmente aquelas que engravidaram em decorrência de estupro ou com diagnóstico de malformações fetais incompatíveis com a vida.*¹⁴

⁹ Harries J, Gerdt C, Momberg M, Greene Foster D. An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health*. 2015;12:21. doi: 10.1186/s12978-015-0014-y.

¹⁰ Covenant on Civil and Political Rights (CCPR). General Comment n° 36: Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. Geneva: United Nations Human Rights Committee (124th session); 2018 (CCPR/C/GC/36).

Covenant on Civil and Political Rights (CCPR). General Comment n° 28: Article 3 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the equality of rights between men and women. New York (NY): United Nations Human Rights Committee; 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10).

¹¹ Upadhyay UD, Weitz TA, Jones RK, Barar RE, Foster DG. Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States. *Am J Public Health*. 2014 Sep;104(9):1687-94. doi: 10.2105/AJPH.2013.301378.

¹² Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General Comment n° 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC22).

Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). General Recommendation n° 34: The rights of rural women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2016 (CEDAW/C/GC/34).

¹³ Upadhyay UD, Weitz TA, Jones RK, Barar RE, Foster DG. Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States. *Am J Public Health*. 2014 Sep;104(9):1687-94. doi: 10.2105/AJPH.2013.301378.

¹⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General Comment n° 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC22).



4. Quem precisa de um aborto induzido após 20 semanas?

No Brasil, estima-se que aproximadamente 30% das pessoas em situação de aborto previsto em lei encontram-se depois das 13ª semanas de gravidez.¹⁵ Uma proporção muito menor deve corresponder ao tempo gestacional acima de 20 semanas. Nos Estados Unidos, 1,4% dos abortos ocorrem após a 20ª semana de gravidez.¹⁶ No Reino Unido, em 2017, apenas 0,1% do total de abortos ocorreu após a 23ª semana de gravidez.¹⁷ Embora pouco frequente, o aborto nas fases mais avançadas da gravidez afeta de maneira desproporcional as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, bem como crianças e adolescentes.¹⁸

A dificuldade em reconhecer os sinais da gravidez entre as crianças,¹⁹ o desconhecimento sobre as previsões legais do aborto,²⁰ a descoberta de diagnósticos de malformações que geralmente são realizados após a primeira metade da gravidez²¹ e as barreiras geográficas decorrentes do número reduzido de serviços²² constituem as principais razões para a procura pelo aborto após a 20ª semana de gravidez.

As barreiras criadas pelo próprio sistema de saúde também são determinantes para a procura do aborto em fases mais avançadas da gravidez.²³ Essas barreiras foram evidenciadas em estudos recentes

Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). General Recommendation nº 34: The rights of rural women. New York (NY): United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women; 2016 (CEDAW/C/GC/34).

¹⁵ Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc e Saude Coletiva* 2016; 21(2):563-572.

¹⁶ Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception* 2008;77:308-314.

¹⁷ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abortion care. London, 2019.

¹⁸ Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney, PD. Risk Factors Associated With Presenting for Abortion in the Second Trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128–35.

Harris L, Grossman, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;115:77–79.

¹⁹ Harries J, Orner P, Gabriel M, Mitchell E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health* 2007, 4:7.

²⁰ Harris L, Grossman, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;115:77–79.

²¹ Kimport K. Is third-trimester abortion exceptional? Two pathways to abortion after 24 weeks of pregnancy in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2022 Jun;54(2):38-45. doi: 10.1363/psrh.12190. Epub 2022 Apr 10.

²² Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney, PD. Risk Factors Associated With Presenting for Abortion in the Second Trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128–35.

²³ Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney, PD. Risk Factors Associated With Presenting for Abortion in the Second Trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128–35.



realizados no Brasil. Um estudo realizado entre 2013 e 2015 demonstrou que apenas 37 dos 68 serviços de referência para aborto legal registrados no país realizavam o procedimento. Entre esses, 15 serviços haviam realizado menos de dez procedimentos nos últimos dez anos.²⁴ Outro estudo revelou que, em 2019, os serviços que realizaram ao menos um aborto legal no Brasil estavam presentes em 3,6% dos municípios brasileiros, onde viviam menos de 60% das mulheres brasileiras em idade fértil.²⁵

Para diminuir as barreiras geográficas e as iniquidades sociais relacionadas ao acesso ao aborto legal no Brasil, é necessário que ginecologistas e obstetras brasileiros tenham acesso às principais evidências científicas relacionadas ao aborto induzido no segundo e terceiro trimestre gestacional.

5. Em que consiste o procedimento de indução de assistolia fetal (IAF)?

A indução de assistolia fetal (IAF) consiste no procedimento para induzir a parada da atividade cardíaca fetal. É uma parte essencial do processo de aborto induzido, capaz de garantir a qualidade do cuidado em tempos gestacionais avançados.

Em coerência com a definição da OMS para o aborto induzido, a IAF é fundamental para diminuir a probabilidade de ocorrer sinais de vida após o tratamento medicamentoso, que pode ocorrer em até 50% das induções entre 20 e 24 semanas.²⁶ A IAF também pode estar indicada para evitar a expulsão fetal com sinais vitais antes do procedimento cirúrgico planejado, que pode ocorrer após o preparo cervical.²⁷

Kimport K. Is third-trimester abortion exceptional? Two pathways to abortion after 24 weeks of pregnancy in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2022 Jun;54(2):38-45. doi: 10.1363/psrh.12190. Epub 2022 Apr 10.

²⁴ Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc e Saude Coletiva* 2016; 21(2):563-572.

²⁵ Jacobs MG, Boing AC. What do the national data say about the supply and performance of legal abortions in Brazil in 2019? *Cad. Saúde Pública*. 2021;37(12):e00085321.

²⁶ Springer S, Gorczyca ME, Arzt J, Pils S, Bettelheim D, Ott J. Fetal Survival in Second-Trimester Termination of Pregnancy Without Feticide. *Obstet Gynecol*. 2018 Mar;131(3):575-579. doi: 10.1097/AOG.0000000000002503.

²⁷ World Health Organization (WHO). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. Geneva: World Health Organization, 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Drey E, Thomas LJ, Benowitz NL, Goldschlager N, Darney PD. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:1063–6. doi:10.1067/mob.2000.105438.

Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update*. 2007;13:37–52. doi:10.1093/humupd/dml049.



Esse procedimento também pode prevenir o desgaste emocional e psicológico das pacientes, acompanhantes e equipe assistente em casos de expulsão de feto com algum sinal de vitalidade.²⁸ Além disso, estudos observacionais sugerem que, no tratamento medicamentoso, a indução da assistolia fetal pode diminuir o tempo entre o início da indução do aborto até a expulsão.²⁹

6. A partir de qual tempo gestacional a IAF está indicada?

A maioria dos estudos sobre IAF fetal anterior ao aborto induzido é de desenho observacional e o tempo gestacional a partir do qual o procedimento é indicado provém da opinião de especialistas. O grupo de trabalho do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) sobre interrupção da gravidez por malformações fetais compatíveis com a vida recomenda a indução de assistolia fetal a partir da 22ª semana de gravidez.³⁰ Um serviço estadunidense utiliza a IAF como prática de rotina a partir da 24ª semana de gravidez para evitar o parto prematuro não intencional após a administração dos medicamentos para dilatação cervical.³¹

Recentemente, a OMS³² e a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO)³³ recomendaram considerar a IAF para o aborto induzido acima de 20 semanas de gravidez.

7. Quais são os métodos utilizados para a IAF?

O método para IAF depende da disponibilidade e da experiência da equipe médica do serviço. Uma revisão sistemática sobre os diferentes medicamentos e vias de administração demonstrou que a digoxina

²⁸ Diedrich J, Drey E; Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion. *Contraception*. 2010;81(6):462-73. doi: 10.1016/j.contraception.2010.01.018.

²⁹ Tufa TH, Prager S, Lavelanet AF, Kim C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contracept X*. 2020 Nov 9;2:100046. doi: 10.1016/j.conx.2020.100046.

³⁰ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*. London: RCOG, 2010.

³¹ Reeves MF, Goldfarb CN, Rubin SL, Kuperstock JL, DiBianco L, Picciotto A. Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022 Oct;48(4):275-280. doi: 10.1136/bmjsex-2021-201350.

³² World Health Organization (WHO). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. Geneva: World Health Organization, 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

³³ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO Statement: Improving Access to Abortion Beyond 12 Weeks of Pregnancy. September, 2021. [citado 2022 Ago 29]. Disponível em: <https://www.figo.org/resources/figo-statements/improving-access-abortion-beyond-12-weeks-pregnancy>.



(injeção intra-fetal ou intra-amniótica), o cloreto de potássio (injeção intracardíaca) e a lidocaína (injeção intracardíaca) são eficazes para a indução da assistolia fetal anterior ao aborto induzido.³⁴

Dos medicamentos utilizados para a IAF, apenas o cloreto de potássio e a lidocaína estão disponíveis no Brasil.

8. Quais são as opções terapêuticas no aborto induzido até 24 semanas de gravidez?

A OMS recomenda a oferta de duas alternativas de tratamento para o aborto até 24 semanas de gravidez: o aborto cirúrgico (dilatação e evacuação - D&E) ou o aborto medicamentoso (esquemas com combinação de mifepristona e misoprostol ou misoprostol isolado).³⁵ O tratamento medicamentoso de escolha é a associação de mifepristona com misoprostol.

No entanto, o esquema com mifepristona não é disponibilizado para comercialização no Brasil e o tratamento apenas com misoprostol é a única opção medicamentosa para brasileiras em situação de aborto legal.

O tratamento com misoprostol está associado a maior sangramento vaginal, à dor e à imprevisibilidade do tempo de tratamento, podendo demandar vários dias de internação hospitalar.³⁶ Em comparação com o tratamento medicamentoso, a D&E tem menor frequência de eventos adversos,³⁷ menor tempo de tratamento,³⁸ menor percepção de dor,³⁹ maior aceitabilidade e satisfação entre as mulheres⁴⁰ e menores custos.⁴¹

³⁴ Tufa TH, Prager S, Lavelanet AF, Kim C. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contracept X*. 2020 Nov 9;2:100046. doi: 10.1016/j.conx.2020.100046.

³⁵ World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

³⁶ World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO, 2014.

³⁷ 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.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewinson J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13–20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. *BJOG* 2010; 117:1512–1520.

⁴¹ Cowett AA, Golub RM, Grobman WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol* 2006 Mar;194(3):768-73.



Apesar das vantagens da D&E em comparação com o tratamento medicamentoso, esse procedimento cirúrgico ainda é pouco difundido no Brasil e existem poucos ginecologistas e obstetras treinados para essa técnica cirúrgica.

9. Quais são as opções terapêuticas no aborto induzido acima de 24 semanas de gravidez?

Para casos a partir de 25 semanas de gravidez, apenas o tratamento medicamentoso está indicado. O esquema preferencial é o regime combinado mifepristona e misoprostol. Quando a mifepristona não está disponível, como é o caso do Brasil, o esquema alternativo é o regime de apenas misoprostol.

De acordo com as orientações da FIGO, a dose do misoprostol diminui com o tempo gestacional.⁴²

10. Quais são as opções terapêuticas para pessoas com cesárea prévia?

Duas revisões sistemáticas que avaliaram a segurança do uso do misoprostol para abortos induzidos até 28 semanas revelaram um risco de ruptura uterina de 0,3% em mulheres com uma cesárea anterior.⁴³ Ou seja, o misoprostol pode ser utilizado com segurança para a indução do aborto até 28 semanas de gravidez.

O risco de ruptura uterina é maior quando utiliza-se misoprostol em associação com ocitocina.⁴⁴ Não há dados suficientes para estabelecer a segurança do uso do misoprostol em mulheres com mais de uma cesárea prévia e com tempo gestacional acima de 28 semanas.⁴⁵ Nesses casos, especialistas recomendam que a indução pode ser realizada por meio de balão transcervical e ocitocina⁴⁶ ou, ainda, com doses reduzidas de misoprostol.

⁴² FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts 2023. [citado 2024 Feb 15]. Disponível em: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>.

⁴³ Berghella V, Airolidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. BJOG. 2009;116(9):1151-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02190.x. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. Obstet Gynecol. 2009;113(5):1117-1123. doi: 10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2.

⁴⁴ Berghella V, Airolidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. BJOG. 2009;116(9):1151-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02190.x.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Clouqueur E, Coulon C, Vaast P, Chauvet A, Deruelle P, Subtil D, HoufflinDebarge V. Utilisation du misoprostol pour l'induction du travail en cas de MIU ou d'IMG au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse : efficacité, posologie, voie d'administration, effets secondaires, utilisation en cas d'utérus cicatriciel [Use of misoprostol for induction of labor in case of



A cirurgia abdominal (histerotomia ou histerectomia) deve ser o último recurso, realizada apenas diante da falha ou da contraindicação dos métodos anteriores.⁴⁷

11. Como se dá a contracepção pós-aborto induzido para mulheres com idade gestacional acima de 20 semanas?

Qualquer método contraceptivo pode ser ofertado à pessoa para início imediatamente após o aborto, se a contracepção for desejada e de acordo com os critérios de elegibilidade para a contracepção.⁴⁸ No caso dos métodos hormonais (orais, injetáveis, anel, adesivo ou implante), a contracepção pode ser iniciada no mesmo dia do procedimento cirúrgico ou da primeira dose do tratamento medicamentoso.⁴⁹ No caso de opção pelo dispositivo intrauterino (DIU), a inserção ocorrerá imediatamente após o procedimento cirúrgico ou após a expulsão placentária.⁵⁰

12. Como manejar os produtos da concepção após o aborto induzido acima de 20 semanas de gravidez?

A OMS recomenda que os produtos da concepção resultantes de um aborto induzido sejam manejados como outros materiais biológicos, exceto quando a gestante expressa o desejo de outra destinação, como o sepultamento.⁵¹

No Brasil, no entanto, há a obrigatoriedade de emissão de declaração de óbito e, conseqüentemente, a necessidade do sepultamento (Leis Federais nº 6.015/1973 e 6.216/1975). Isso porque tanto o Conselho

fetal death or termination of pregnancy during second or third trimester of pregnancy: Efficiency, dosage, route of administration, side effects, use in case of uterine scar]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014;43(2):146-61. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.11.008.

⁴⁷ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin number 135: Second-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 2013; 121(6):1394-1406.

⁴⁸ World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015.

⁴⁹ World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

⁵⁰ World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization, 2023. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁵¹ Ibid.



Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM nº 1779/2005,⁵² e o Ministério da Saúde,⁵³ em seu manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito, não mencionam a especificidade do aborto induzido, apenas a morte fetal. Nos casos de morte fetal, “os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.”⁵⁴ Mesmo com a obrigatoriedade da emissão da declaração de óbito e da destinação dos produtos da concepção ao sepultamento, a OMS reforça que tais regulamentações não devem impor uma sobrecarga às mulheres, nem violar o direito à confidencialidade das informações e os dados pessoais das pacientes.⁵⁵

Nesse sentido, os gestores dos serviços de saúde devem buscar estratégias para evitar que a gestante, sobretudo a vítima de violência sexual, seja obrigada a registrar o óbito e realizar o sepultamento, se assim ela não desejar.

Considerações finais

No Brasil, não há limite de tempo gestacional ao aborto induzido nos três casos permitidos por lei: gravidez decorrente de estupro, risco de vida à mulher e anencefalia fetal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também não estabelece limite de tempo gestacional para o conceito de aborto induzido e recomenda a indução de assistolia fetal como parte do processo de cuidado ao aborto induzido a partir da 20ª semana de gravidez.

⁵² Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121. Brasília: CFM, 2005.

⁵³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

⁵⁴ Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121. Brasília: CFM, 2005.

⁵⁵ World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.



A restrição de serviços de aborto legal baseada em limites de tempo gestacional não estabelecidos pela lei brasileira viola os direitos humanos das mulheres, como o direito à vida, o direito à privacidade, o direito à saúde e o direito a não ser submetida a tratamento desumano e degradante.

Os ginecologistas e obstetras dos serviços brasileiros de aborto legal devem estar preparados para o acolhimento qualificado das mulheres nas fases mais avançadas da gravidez. Idealmente, as equipes de saúde devem estar preparadas para oferecer tanto o aborto medicamentoso com indução de assistolia fetal como o aborto cirúrgico para as mulheres com idade gestacional acima de 20 semanas. Dificuldades técnicas entre as equipes como a ausência de especialistas em medicina fetal ou especialistas com treinamento para a dilatação e evacuação não podem limitar o acesso das mulheres ao aborto seguro. Apesar de pouco frequente, as mulheres com gravidezes avançadas que buscam o aborto legal são as mais jovens e mais vulneráveis do nosso país. Por isso, é urgente que os ginecologistas e obstetras dos serviços brasileiros se qualifiquem e se articulem para garantir o acesso ao aborto legal após a 20ª semana de gravidez.

O Ministério da Saúde e gestores têm o dever diminuir as barreiras geográficas e as iniquidades sociais relacionadas ao acesso ao aborto legal no Brasil. Por isso, esses atores devem elaborar normas técnicas, recomendações e protocolos baseados nos permissivos legais, nos direitos humanos e em evidências científicas, além de programar urgente e necessária qualificação das equipes de saúde no Brasil e de incorporar emergencialmente materiais, medicamentos e insumos fundamentais para garantir os direitos de saúde e direitos reprodutivos das mulheres e meninas brasileiras.

Helena Borges Martins da Silva Paro (CRM/MG: 37.708; RQE: 17672)

Cristião Fernando Rosas (CRM/SP: 36.695; RQE: 2679)

Robinson Dias de Medeiros (CRM/RN: 1930; RQE: 3848)