

Perfil epidemiológico das mulheres atendidas no Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei do Distrito Federal de 2013 a 2019.

Epidemiological profile of women assisted in the Gestational Interruption Program foreseen in Law of the Federal District from 2013 to 2019.

Elen Márcia Carioca Zerbini¹
Alessandra da Rocha Arrais²

¹Mestre em Qualidade na Assistência à saúde da mulher pela Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS. Especialista em Teoria Psicanalítica pela Universidade de Brasília - UnB e Avaliação Psicológica pelo IPOG. Psicóloga da Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal.

²Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES-DF. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da ESCS/Fepecs.

RESUMO

Objetivo: Este trabalho objetiva descrever o perfil epidemiológico das usuárias do programa de interrupção gestacional prevista em lei do Distrito Federal nos anos de 2013 a 2019.

Método: Estudo transversal de estatística descritiva. Dados coletados da amostra de todas as mulheres atendidas no período do estudo.

Resultados: Descrição das informações do programa e os dados de abortamento e situações onde a violência ocorreu, os principais autores e os desfechos da gestação.

Conclusão: Observou-se um aumento da procura pelo programa e número de abortamentos realizados. Provável consequência do conhecimento dos direitos reprodutivos e a persistência desse tipo de violência na cidade.

Palavras-chave: Aborto legal, Estupro, gravidez, legislação, políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe the epidemiological profile of users of the pregnancy termination program provided by law in the Federal District in the years 2013 to 2019.

Method: Cross-sectional study of descriptive statistics. Data collected from the sample of all women attended during the study period.

Results: Description of the program information and abortion data and situations where the violence occurred, the main authors and the pregnancy outcomes.

Conclusion: There was an increase in demand for the program and the number of abortions performed. Probable consequence of the knowled-

ge of reproductive rights and the persistence of this type of violence in the city.

Keywords: Legal abortion, Rape, pregnancy, legislation, public health policies.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista médico, o abortamento significa a interrupção da gestação com a morte do produto, haja ou não expulsão deste, em qualquer que seja o seu estado evolutivo, desde a concepção até o parto, podendo ser classificado como espontâneo/natural ou induzido/provocado.⁽¹⁻³⁾ O abortamento espontâneo é aquele em que o próprio organismo se encarrega de realizá-lo, independe da vontade da mulher. Caracteriza-se pela inviabilidade natural do conceito e sua morte é devido a diferentes fatores etiológicos. O abortamento induzido é aquele realizado intencionalmente, ocasionando a morte do feto por vontade da própria da gestante e/ou de outrem. Subclassifica-se em criminoso ou legal, que é aquele que se enquadra em situações previstas e amparadas pela lei do país em que ocorrem^{1,2}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)³ define abortamento como sendo a interrupção da gestação antes de 22 semanas, envolvendo feto com peso inferior a 500 gramas. Quanto ao tempo em que ocorre, pode ser precoce (até 12 semanas de gestação) ou tardio (de 12 a 22 semanas). Após 22 semanas de gestação já não se caracteriza como um aborto, mas sim como um Óbito Fetal Intra-Útero (OFIU) ou em parto prematuríssimo, ainda que o recém-nascido evolua a óbito poucas horas depois (neomorto). Ao nascido sem vida após as 22 semanas denomina-se natimorto.

Em vários lugares do mundo o aborto é legalizado em quaisquer circunstâncias dependendo da idade gestacional, e em outros continua em debate. Há alguns países que o permitem apenas em casos específicos, como no Brasil, e há ainda países que

não o autorizam em hipótese alguma, caso de Nicarágua e Malta³.

Alguns autores apontam que as leis restritivas acerca do aborto se amparam muitas vezes na religião, um poderoso dispositivo de controle que influencia na moralidade do debate relativo ao aborto e que inviabiliza o avanço de políticas públicas sobre os direitos reprodutivos das mulheres e que combatam a violência de gênero^{4,5}.

No Brasil, o abortamento é crime disposto no Código Penal nos artigos 124, 125 e 126, com penalidades para a gestante e para o médico que o praticam. No entanto, no mesmo código, nos incisos I e II do artigo 128, descreve duas exceções⁶.

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 incapaz, de seu representante legal.

A concepção de estupro para esse caso é o que está descrito no Código Penal Brasileiro: “Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou

grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Cabe ressaltar que no Brasil o aborto é proibido/criminalizado, sendo apenas *tolerado* em duas hipóteses dispostas no *Código Penal* (existindo ainda uma terceira, por decisão do Supremo Tribunal Federal no caso dos Anencéfalos). Portanto, não se pode afirmar que no Brasil o aborto seja legalizado no sentido de ser *permitido*. Como regra ele é proibido, sendo admitido em hipóteses muito bem definidas pelo Código Penal, e pela decisão do STF ⁷.

Ainda nesse contexto, outros casos também merecem destaque na legislação, a saber: Violação sexual mediante fraude; e o estupro de vulnerável. O primeiro está descrito no Art. 215. como: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”. Já o segundo é caracterizado no Art. 217-A como: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos” ⁶.

Quanto aos casos descritos no Art. 217-A, cabe destacar o que dispõe a lei:

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

Aqui se contempla os casos de crianças e adolescentes abaixo de 14 anos e também em casos em que a mulher, por motivo de enfermidade ou por alteração em seu estado de consciência e consentimento, não pode oferecer resistência para impedir o ato. É exemplo deste último tipo de situação, o comumente chamado de “boa-noite Cinderela”. Este termo tem origem no uso de drogas para dopar vítimas em potencial de assalto ou abuso.

Embora a legislação sobre o abortamento seja de 1940, apenas recentemente, após mobilização social, especialmente do movimento feminista, e ações no combate à violência contra a mulher, que informações sobre direitos reprodutivos e cuidados para com vítimas de violência sexual começaram a ser amplamente difundidos, exigidos e realizados. A notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais ^{8,9}.

Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei - PIGL

Em consonância com esse movimento, em 1996 o Governo do Distrito Federal criou o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei. Inicialmente, o programa intitulava-se “Aborto Legal”, mas desde 2013, após mudança de equipe, passou a se chamar Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) em razão do estigma da nomenclatura anterior. Trata-se de um programa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, estabelecido na Resolução nº 01/1996 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, quando foi determinado que o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) seria o local de referência para os casos de aborto previsto em lei ¹⁰.

Após o acolhimento da usuária, segue-se o fluxo estabelecido pela norma técnica do Ministério da Saúde, de 2011 ¹¹. Já no primeiro atendimento, a mulher é informada sobre as três opções de escolha, conforme orientação da referida norma técnica: interromper a gestação (caso cumpra os critérios legais); manter a gestação e entregar a criança para adoção; ou ficar com ela. Os encaminhamentos necessários para qualquer uma das opções acima são feitos pela própria equipe multiprofissional do PIGL, tanto para o pré-natal quanto para a vara da infância e da juventude em casos de entrega para adoção. ^{11,12}

Após a realização dessas etapas a equipe se reúne para deliberar sobre o pleito da paciente. Se os elementos que a paciente apresenta cumprem os critérios exigidos por lei e os resultados dos exames de ecografia são compatíveis com a data da violência, comunica-se a decisão da equipe de autorizar a interrupção para a paciente em uma sessão de devolutiva em equipe, se confirma novamente o seu desejo pela interrupção da gestação e agenda-se o procedimento conforme a idade gestacional.

Caso a demanda da mulher não cumpra os critérios da lei, a equipe comunica-lhe a negativa, é feito encaminhamento para realização do pré-natal e trabalha-se nas outras opções, adoção ou ficar com a criança ^{11,12}.

Tratar da temática do aborto no Brasil é adentrar em uma seara complexa e polêmica. Mesmo em casos em que a lei brasileira autoriza a interrupção da gestação, as opiniões são controversas e algumas discussões se tornam acaloradas e polarizadas. Trata-se de uma atuação na intersecção da saúde e da justiça, percebendo que a cada ato

faz-se importante verificar a legalidade e a ética para que não se cometa um crime ou negligencie o direito de uma mulher em grave sofrimento.

O estudo tem por objetivo descrever e analisar os dados epidemiológicos das vítimas atendidas no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei de um hospital público do Distrito Federal nos anos de 2013 a 2019 e discutir os procedimentos realizados no programa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de natureza quantitativa, realizado no Programa de interrupção gestacional prevista em lei de um hospital público do Distrito Federal. A amostra foi composta por todas as mulheres admitidas no PIGL, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2019. Os critérios de inclusão adotados foram: ter ingressado no Programa nos anos já citados e ter se submetido ao protocolo de avaliação do PIGL.

Os dados foram coletados dos prontuários físicos, abrangendo os dados sociodemográficos, do contexto da violência sexual e dos procedimentos obstétricos realizados.

Os dados coletados foram computados em um arquivo de dados no software Excel 2013 e em seguida, processados com a utilização do programa estatístico *Software R*, versão 3.1.2. Para a caracterização da população estudada foi utilizada estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis estudadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2013 a 2019, 412 mulheres procuraram o PIGL pleiteando a interrupção de sua gestação. Segundo tabela abaixo os dados apontam que o crime de estupro foi a principal motivação para buscar o abortamento no serviço de saúde. Do total de mulheres acolhidas 395 (95,87%) delas foram casos de estupro, 10 (2,42%) casos de risco de morte materna e sete (1,69%) casos de anencefalia.

Perfil das vítimas

Em relação à faixa etária das mulheres atendidas no PIGL, em sua grande maioria, eram adultas que buscaram o serviço alguns dias ou semanas após

a descoberta da gestação. A média de idade desse público é de 24 anos, a usuária mais jovem tinha a idade de 10 anos e a mais velha 44 anos.

Da clientela acolhida, 395 mulheres foram vítimas de estupro, sendo que dessas 36 (9,11%) eram menores de 14 anos. No atendimento a essas pacientes há outros complicadores, uma vez que elas, por falta de conhecimento e imaturidade sobre o próprio corpo, em regra, descobriram a gestação tardiamente, e conseqüentemente ingressaram no programa com idade gestacional próxima a data limite para a interrupção.

Cabe destacar que nessa relação de anos, 2016 e 2018 apresentaram o maior número de meninas menores de 14 anos, 8 em cada ano, e todas elas, com idades gestacionais (IG) maiores que a média (de 10 semanas). Quando encaminhada para o pré-natal, o sofrimento psíquico revelado nas consultas não é tratado no pré-natal convencional, pois o acompanhamento foca apenas a prevenção de riscos orgânicos. Esse achado é corroborado com os descritos pela pesquisa realizada por outros autores^{13,14}. Considerando os casos em que a gravidez é decorrente de violência sexual intrafamiliar a dinâmica gestacional é mais complexa, pois evidencia repulsa e projeções quando é revelada¹⁴.

No Brasil, em regra, uma menor de 14 anos que tem relações sexuais é considerada vítima do crime de estupro, tendo por direito a interrupção da gestação, caso a deseje⁶. Porém, na realidade do serviço o que ocorre na prática é justamente o contrário. As meninas estupradas que ficaram gestantes são vistas pela família como causadoras deste problema, devendo elas arcar com as consequências disso. Ou, em outros casos, a família toma para si o filho da adolescente e cuida para que seja tratado não como filho, mas como irmã/o da menina. Vale destacar que algumas das adolescentes que chegaram ao serviço optaram por manter a gestação e criar a criança, pois viam ali uma oportunidade de amadurecer, cuidar de um recém-nascido e ter uma companhia. Além de evitarem serem vistas como empregadas da casa e até mesmo evitarem outros abusos¹³⁻¹⁵.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2011 a 2015 mais de 31 mil casos de meninas de até 13 anos que tiveram filhos foram notificados. Apuram-se a partir desses dados, que são milhares os casos de meninas em todo o país que estão sendo violadas em seus direitos, tanto no que tange ao crime de

estupro, quanto no direito da interrupção da gestação. É um número muito alto e os tipos de agravos físicos e psicológicos podem ser para toda a vida¹⁵.

Para que se realize o abortamento em menores de idade, é imprescindível que a adolescente venha acompanhada de seu responsável legal e que ele autorize o procedimento. Entretanto, a decisão é da menina/adolescente^{12,13}.

Perfil da cena do crime

O horário de ocorrência dos estupros também revela os momentos de maior vulnerabilidade e

menor vigilância policial. Observou-se que há uma prevalência de estupros ocorridos na parte da noite, porém, não se pode pensar que isso só ocorre em momentos festivos e de descontração; muitas das mulheres atendidas relataram que foram estupradas ao retornarem para casa após um dia de trabalho ou no retorno das aulas da escola ou faculdade.

Ressalta-se, porém, que no caso de adolescentes a proximidade do agressor é maior. Por exemplo, no caso de algumas meninas, o agressor era o vizinho ou parente próximo e os estupros ocorreram na casa deles ou delas, de acordo com a circunstância.

Tabela 1

Vínculo com o agressor

Agressor	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Autor Desconhecido	25	31	18	39	35	35	26	209
Autor Conhecido	13	15	9	20	27	23	40	147
Não mencionou	0	0	0	0	0	3	36	39
Total	38	46	27	59	62	61	102	395

Fonte: dados da pesquisa

Como mencionado anteriormente, a autoria dos estupros também tem relação com a idade das mulheres. Percebeu-se que quanto menor a idade, maior a probabilidade de o estuprador ser um conhecido. Crianças e adolescentes estão mais propensas a serem violadas por pessoas que têm acesso à sua rotina e que em algum momento podem ser os responsáveis pelo cuidado ou ficam a sós com elas. A sedução e a ameaça são os principais meios de aproximação e facilitam na hora do abuso. Enquanto que nos outros casos, a grande maioria, a violência era perpetrada por um desconhecido que via em determinada circunstância uma vítima fácil para que ele cometesse o crime.¹⁶

O meio para se coagir a mulher adulta, em muitas vezes, se dá pelo uso de força física, grave ameaça e em alguns casos uso de arma branca ou de fogo. Ocorrem ainda estupros em situações em que a mulher não responde por seus atos, estando com

estado de consciência alterado. A droga que é colocada normalmente em bebidas de mulheres durante um evento social ou festa para que se induza um estado de torpor, dificultando o discernimento, a memória e o consentimento, é conhecida como *boa noite cinderela*, ou também droga do estupro. São substâncias geralmente inodoras, incolores e sem sabor, facilmente adicionadas a uma bebida, sem o conhecimento da vítima. Há, pelo menos, três tipos de *rape drugs*: GHB, Flunitrazepan e Quetamina. As principais substâncias encontradas no Brasil são: *Benzodiazepínicos: flunitrazepam (Rohypnol®); GHB ou Ecstasy líquido e Quetamina: special K, kit kat*.^{17,18}

A não interrupção da gestação

A autorização para a realização do abortamento é responsabilidade da equipe do programa, que só pode deliberar o pleito da paciente após a reali-

zação de todos os atendimentos necessários para a obtenção de dados que confirmem o relato da paciente, compatibilidade da gestação com a data do estupro, que se perceba que ela tem capacidade psicológica para entender e escolher sobre o procedimento ou não e ainda se ela pode ser responsável por esta tomada de decisão.^{11,12}

Quanto aos procedimentos realizados, no período estudado, mostra que após avaliação da equipe do PIGL, segundo os critérios da Norma Técnica do Ministério da Saúde, 188 mulheres (45,63%) tiveram seu pleito autorizado e o abortamento realizado no hospital de estudo sob a supervisão de toda a equipe.

Tabela 2

Descrição das razões para a não realização da interrupção gestacional dos casos que chegam ao PIGL.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Abandonaram o processo avaliativo	3	7	4	6	8	15	34	77 (34,22%)
Incompatibilidade de datas	7	6	4	7	9	5	11	49 (21,78%)
Idade Gestacional acima	4	3	2	4	4	8	4	29 (12,89%)
Não configura estupro	3	1	1	3	9	4	0	21 (9,33%)
Deseja ficar com a criança	1	7	2	0	2	4	4	20 (8,89%)
Aborto Espontâneo	0	2	1	3	8	1	1	16 (7,11%)
Entrega para adoção	0	2	0	3	0	0	3	8 (3,56%)
Outra situação	0	0	0	0	0	5	0	5 (2,22%)
Total	18	28	14	26	40	42	57	225 (100%)

Fonte: dados da pesquisa

Depreende-se da tabela que o motivo mais frequente foi “Abandonaram o processo avaliativo”, com 34,22%. São incluídos nessa categoria, todos os casos em que a mulher abandona o processo avaliativo do PIGL, se ausentando das consultas agendadas, sem justificar as suas faltas e tão pouco entra em contato para reagendá-las. Entende-se que esse comportamento é uma manifestação do desejo da mulher quanto ao seu pleito e por essa razão, o serviço tem como postura não fazer uma busca ativa das pacientes, quando essas abandonam o programa. Esclarecemos que já na sessão de acolhimento, as pacientes são informadas de todo o processo avaliativo e recebem os contatos, telefônico e via e-mail do PIGL, e seus horários de funcionamento, caso queiram nos contatar. Além disso, a cada atendimento, já saem do setor com seus retornos agendados e informados por escrito.

O quesito “Incompatibilidade de datas” é uma das principais razões para o não abortamen-

to, respondendo por 21,78% dos casos negados. Nessa categoria, enquadram-se todos os casos em que se considera que a mulher sofreu o estupro, porém os exames ecográficos e a avaliação médica não confirmam que a concepção ocorreu na data da violência informada pela vítima. Portanto, a gestação não é fruto do estupro relatado, não podendo ser interrompida. Contudo, a mulher é encaminhada para o programa de atendimento a vítimas de violência para tratar dessas questões, caso deseje.

Em terceiro lugar com 12,89 está a categoria “Idade Gestacional acima dos critérios da lei”, que foram os casos onde a idade gestacional está acima do previsto: até 22 semanas e menos de 500gr de peso fetal segundo a norma Técnica do Ministério da Saúde, de 2011. “Não configura estupro” é o quesito com 9,33%, que foram os casos recebidos onde não há o relato de uma história de estupro por parte da mulher, mas há uma

gravidez indesejada e o pleito pela interrupção gestacional, por acreditarem equivocadamente que o PIGL realiza qualquer tipo de aborto e não apenas os legais previstos em lei. Este dado é obtido no acolhimento da mulher, quando ela é solicitada a relatar sobre a violência que sofreu e a consequente gravidez. Algumas delas relataram que não se tratava de um de estupro, mas de uma relação consentida e cuja gestação que elas não gostariam de levar a termo. Nesse tipo de situação, a interrupção não pode ser realizada. No entanto, elas foram acolhidas e encaminhadas para serviços de saúde mental, onde pudessem trabalhar as questões dessa gestação indesejada.

Com porcentagens menores existem casos em que ao longo das consultas de avaliação a mulher manifesta seu desejo de manter a gestação e ficar com o recém-nascido (8,89%); ou decide entregá-lo em adoção (3,56%) e ainda há os casos em que ocorre um aborto espontâneo no meio do processo avaliativo (7,11%). Em todos esses casos descritos acima a avaliação do PIGL foi finalizada, o processo suspenso e arquivado e os encaminhamentos para o pré-natal, serviços de saúde mental, programas de apoio à vítimas de violência ou para Vara da Infância e Adolescência foram realizados pela equipe, conforme cada caso.

Cabe ressaltar, por fim, que a equipe do PIGL em momento algum pressiona ou induz a mulher a tomar uma decisão de interromper ou não interromper. A função dos profissionais é de acolher, ouvir, apoiar e seguir a avaliação para a interrupção da gestação segundo a especialidade de cada um, caso este seja o desejo da requerente. A palavra da mulher impera e isto é respeitado em todas as etapas do processo e, caso seja autorizado o abortamento, ela não é obrigada a

fazê-lo, mas a decisão cabe a ela. E, nos casos que a interrupção não é autorizada, a mulher é amparada e segue com o atendimento psicossocial até decidir sobre o que fazer quando a criança nascer; entregar para a adoção ou ficar com ele. A deliberação da equipe é feita com base em dados técnicos, respeitando a autonomia e a dignidade da mulher que procura o serviço.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever e analisar os dados epidemiológicos das vítimas atendidas no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei de um hospital público do Distrito Federal nos anos de 2013 a 2019 e discutir os procedimentos realizados no programa. Foi possível conhecer o perfil das mulheres e do crime de estupro que buscaram o serviço do PIGL, e assim permitiu ampliar o olhar sobre as questões relacionadas à violência sexual, saúde pública e direitos reprodutivos.

Entretanto, é preciso reconhecer a limitação quanto a generalização dos resultados desse estudo, pois sua amostra não foi probabilística, e por se tratar do retrato de um serviço de Interrupção Gestacional prevista em Lei do Distrito Federal, e portanto, pode não se aplicar às diversas realidades dos demais programas desse tipo espalhados pelo Brasil.

Repensar os procedimentos e processo para a garantia do direito de abortamento ainda se faz necessário, visando o cumprimento da lei e o respeito às mulheres vítimas de estupro. Esses dados epidemiológicos ainda podem servir como base para enfrentamento desse tipo de violência, infelizmente tão comum em nosso país.

REFERÊNCIAS

- Vieira EM. A questão do aborto no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2010 Mar [acesso em 15 fev 18]; 32(3): 103-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000300001&lng=en.
- Coelho CAS, Jorge Junior JJ. Manual técnico-operacional para os Médicos-Legistas do Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP 2008. [Internet]. [Acesso em 15 fev 2018]; Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&tacao=detalhes&cod_publicacao=42
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2º ed. Organização Mundial da Saúde. 2013.
- Torres JHR. Aborto e legislação comparada. Ciência e Cultura Cienc. Cult.vol.64 no.2 São Paulo Apr./June 2012. [Internet]. Acesso em 12 out 2018. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200017
- Carloto CM, Damião NA. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. - Serv. Soc. Soc. no.132. São Paulo. May/Aug.2018. [Internet]. Acesso em 12 out 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n132/0101-6628-sssoc-132-0306.pdf>
- Brasil. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasil. Código Penal Brasileiro.
- Superior Tribunal Federal (Brasil). ADPF 54 11 de abril de 2012. Possibilidade de Interrupção de feto anencéfalo. [Internet]. Acesso em 10 set 2018. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204680>.
- Brasil. Lei nº 10.778/2003 24 de novembro de 2003 – Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [Internet]. [acesso em: 15 mai.2018] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. [Internet]. [Acesso em: 10 jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html.
- (Brasil). Portaria Conselho de Saúde do Distrito Federal. DOFDF 13 de maio de 1996. Autoriza a criação do Serviço multiprofissional de assistência integral à saúde da mulher, par realizar o aborto nos casos previstos em lei. [Internet]. Acesso em 10 fev.2018. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Diario/7ae1e23a-1416-31d0-84d9-4a7dacdd831d/d5ab75d3.pdf>.
- (Brasil). Norma Técnica - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2012. Editora MS. Brasília.
- (Brasil). Atenção Humanizada ao abortamento Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf Brasil.
- Lordello, SRM. Menina, mulher, filha, mãe? A gravidez decorrente de violência sexual. Universidade de Brasília, Brasília, 2013. [Internet]. Acesso em 10 fev.2018. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13674/1/2013_SilviaRenataMagalhaesLordelloBorbaSantos.pdf.
- Santos VA, Costa LF, Granjeiro IACL. Intervenção no abuso sexual intrafamiliar: ingerência invasiva ou proteção devida? Revista PSICO v. 40, n. 4, pp. 515-523, out./dez. 2009. [Internet]. Acesso em 12 set 2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4009/0>
- Souto RMCV et al. **Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento.** *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017, vol.22, n.9, pp.2909-2918. Acesso em: 15 jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2909.pdf>.
- Pinto CS. Sobre violências vivenciadas por mulheres, suas marcas e significados. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2016. [Internet]. Acesso em 12.10.2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-19122016-142445/pt-br.php>.

17. Rodrigues, RMR. Curso de Toxicologia Anvisa - Renaciat - opas – nutes/ufrj – ABRACIT - (CCI - São Paulo). Disponível em: <https://www.smg.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Drogas-de-abuso.pdf>. Acesso em 09 de mar. 2018
18. Takitane J, Pimenta D, Fukushima F, Fonte V, Leyton V. Aspectos médico-legais das substâncias utilizadas como facilitadoras de crime. SEJ [Internet]. 15 fev.2018 [acesso em: 15mai.2018];22(2):66-1. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/145418>