GRAVIDEZ INDESEJADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar



ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA e SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Essa cartilha foi produzida pelo GT Mulheres na MFC da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e pela Anis – Instituto de Bioética.

COORDENAÇÃO, PESQUISA E REDAÇÃO

Amanda Nunes

Bruna Ballarotti

Bruna Neves Alves

Carolina Lopes de Lima Reigada

Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro Smiderle

Débora Silva Teixeira

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

Evelin Gomes Esperandio

Gabriela Rondon

Ilana Ambrogi

Luciana Brito

Luciana Rosário

Maria Teresa Garcia Alves

Rita Helena Borret

BIBLIOTECÁRIO

Illy Batista

REVISÃO DE TEXTO

Luísa Caetano

DESIGN GRÁFICO

Julia Valiengo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecário Responsável: Illy Guimarães B. Batista (CRB/DF 2498)

Anis – Instituto de Bioética.
Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS) : as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília : LetrasLivres, 2021.
64 p.

ISBN 978-65-88773-09-3 (Impresso); ISBN 978-65-88773-08-6 (PDF)

1. Aborto – aspectos jurídicos - Brasil. 2. Aborto – redução de danos - Brasil. 3. Saúde sexual e reprodutiva - Brasil. 4. Atenção primária à saúde – Brasil. I. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. II. Título.

CDD 342.81084
CDU 343.621(81)

DIRETORIA DA SBMFC - GESTÃO 2020-2022

Presidente	**Zeliete Linhares Leite Zambon**	SP
Vice-Presidente	**Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro**	CE
Secretário Geral	**Marcos Filipe Rodrigues Bosquiero**	PB
Diretoria Administrativo e Financeiro	**José de Almeida Castro Filho**	ES
Diretoria de Comunicação	**Julia Barban Morelli Rosas**	RJ
Diretoria de Titulação e Certificação	**Igor Tavares da Silva Chaves**	SC
Diretoria de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho	**Alexandre Telles**	RJ
Diretoria de Medicina Rural	**Leandro Araújo da Costa**	MG
Diretoria de Graduação e Pós-Graduação Strictu Sensu	**Ricardo Souza Heinzelmann**	RS
• Departamento de Graduação	**Alexandre José de Melo Neto**	PB
• Departamento de Pós-Graduação stricto	**Fabiano Guimarães**	MG
Diretoria Científica e de Desenvolvimento Profissional Contínuo	**Maria Inez Padula Anderson**	RJ
• Departamento de Educação Permanente	**Bárbara Luiza Rosa**	SP
• Departamento de Publicação	**Leonardo Cançado Monteiro Savassi**	DF
• Departamento de Pesquisa	**Andreia Beatriz Santos**	BA
Diretoria de Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu	**Lucas Gaspar Ribeiro**	SP
• Departamento De Residência	**Marcos Vinicius Soares Pedrosa**	DF
• Departamento de especialização	**Wandson Alves Ribeiro Padilha**	PE

DIRETORIA DA ANIS

Co-direção	**Gabriela Rondon e Luciana Brito**	DF

ÍNDICE

06 INTRODUÇÃO

08 COMO SURGIU A CARTILHA?

10 QUESTÕES IMPORTANTES

- 10 O que é uma gravidez indesejada?
- 10 O que é uma gravidez não planejada?
- 11 O que é um aborto ou abortamento?
- 12 Como é feito o aborto induzido de acordo com as últimas evidências científicas recomendadas pelas OMS, Figo e Febrasgo?
- 13 O que é um aborto seguro?
- 14 Por que existem abortos inseguros?
- 14 Um aborto seguro pode ser criminalizado?
- 15 Um aborto inseguro pode ser um aborto previsto em lei?
- 15 E o aborto autoadministrado, é seguro?
- 15 O aborto é um direito?
- 15 E para a pessoa que descobriu uma gravidez indesejada, quais direitos são garantidos?
- 16 Quais são os deveres do Estado e da e do profissional de saúde quando se deparam com uma situação de gravidez indesejada?
- 16 O Código brasileiro de Ética Médica determina que o médico ou a médica

18 TÁ NA LEI, TÁ NO SUS: REDUZIR DANOS É TAREFA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE!

- 19 Essencialidade da redução de danos a partir da experiência de países vizinhos
- 19 E o Brasil?

20 ROTEIRO PARA ABORDAGEM BASEADA NA REDUÇÃO DE DANOS

20 1. Preparação para o atendimento a paciente com teste de gravidez positivo

21 2. Garantia do sigilo médico

21 3. Atendimento inicial

22 4. Identificar se há hipótese de aborto legal
4.1. Gravidez resultante de estupro
4.2. Risco de vida para a mulher
4.3. Feto anencéfalo ou com outra malformação incompatível com a vida

26 5. Encaminhamento ao serviço de aborto legal

27 6. Redução de danos
6.1. Síntese das recomendações
6.2. Sugestão de roteiro de conversa

33 7. Retorno ao serviço

33 8. Registro e documentação do atendimento

34 PRINCIPAIS QUESTÕES JURÍDICAS

34 1. Profissionais de saúde podem atuar de acordo com estratégias de redução de danos para o aborto inseguro?

35 2. O médico ou a médica pode ser incriminado ou incriminada por fornecer informações sobre aborto na estratégia de redução de danos? É possível enquadrar a conduta como auxílio ao aborto, apologia ao crime ou incitação ao crime?

36 3. Como fazer o registro de aborto induzido no prontuário médico?

37 4. A Justiça pode requerer prontuário de serviço de saúde de paciente suspeita ou suspeito de ter provocado um aborto?

39 ANEXO I – MODELO DE RESPOSTA A REQUERIMENTO JUDICIAL DE PRONTUÁRIO

42 HISTÓRIAS EM QUADRINHOS ILUSTRATIVAS

42 Reunião da APS

46 Eu tenho um segredo, e agora?

50 E agora, será que estou grávida?

54 Vou abortar, e agora?

58 Tive um aborto, e agora?

INTRODUÇÃO

A construção de políticas públicas inclusivas em saúde e atentas à desigualdade de gênero tem longa história no Brasil. A participação e a pressão de organizações civis, de movimentos de mulheres, do movimento negro, do movimento de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de sanitaristas e de gestores e gestoras do SUS foram importantes tanto para a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) – instituído pelo Governo Federal em 1983 – e consequentes transformações no mesmo programa, como para o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), em 2004. Essas políticas foram fundamentais para consolidar cuidados integrais à saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, violência contra a mulher e abortamento, entre outros[1, 2, 3].

A atenção primária à saúde (APS), com destaque para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), é parte integral dessas diretrizes e sua atuação deve englobar aspectos relacionados à saúde integral das mulheres. Isso quer dizer que as políticas de saúde voltadas a esse público não devem limitar-se apenas à reprodução de orientações, mas devem criar um espaço aberto ao diálogo a respeito de decisões relacionadas à vida reprodutiva. Para tanto, é fundamental que se garanta o acesso à informação acerca da saúde sexual e reprodutiva das pessoas que gestam, ao fornecimento de métodos contraceptivos seguros e adequados ao perfil de cada uma – incluindo contracepção de emergência – e ao aborto legal. Uma abordagem que vise à atenção integral à saúde da mulher deve preocupar-se também com a prevenção à gravidez não planejada e, caso esta venha a acontecer, com estratégias de redução de danos. Entretanto, nada disso é ainda uma realidade no Brasil[4].

Um dos principais motivos para que o atendimento à saúde da mulher não seja de fato integral no país está na legislação restritiva sobre o direito ao aborto, que afeta de forma negativa os cuidados à saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas que gestam no geral[5]. A criminalização do aborto acarreta múltiplas violações de direitos, em particular dos direitos à autonomia e à saúde. A proibição de um procedimento considerado essencial pela Organização Mundial de Saúde (OMS) representa uma afronta direta aos direitos sexuais e reprodutivos. No mesmo sentido, estudos propõem que a criminalização faz com que o aborto seja praticado não somente de forma ilegal, mas também de forma insegura, tornando-o uma das principais causas de morte materna no Brasil e afetando desproporcionalmente mulheres em situações de maior vulnerabilidade[6, 7, 8].

Tal fato torna-se ainda mais dramático quando se revela que a maioria das mulheres que vivenciam situações de gravidez indesejada e que morrem em decorrência de um aborto inseguro são jovens, negras e indígenas, pobres e com baixa escolaridade – apesar de não serem só essas as mulheres que recorrem ao aborto ilegal[9]. Ou seja, o aborto é praticado por mulheres de diferentes estratos sociais e perfis sociodemográficos, porém as práticas inseguras são mais comuns em segmentos vulnerabilizados da sociedade[10, 11].

1 ANJOS, J. F; SANTOS, V. C; SOUZAS, R; EUGÊNIO, B. G. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos Direitos Humanos. *Saúde em Debate*, v. 37, pp. 504-515, 2013.
2 MARTINS, A. P. V; FREIRE, M. M. L. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: PIMENTA, T.S.; HOCHAN, G. *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. pp. 182-224.
3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>.
4 Ver nota 1 e GIUGLIANI, C; RUSCHEL, A. E; SILVA, M. C. B.; MAIA, M. N; OLIVEIRA, D. O. P. S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791>.
5 Ver notas 3 e 4.
6 Ver notas 3 e 4.
7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>.
8 CARDOSO, B. B; VIEIRA, F. M. S. B; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais. *Caderno de Saúde Pública*. n. 36, supl. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?lang=pt>.
9 Ver nota 1.
10 Ver nota 8.
11 DOMINGUES, R. M. S. M; FONSECA, S. C; LEAL, M. C; AQUINO, E. M. L. *Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica: 2008-2018*. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36suppl1/e00190418/#>.

Assim, **a criminalização do aborto e suas consequências são uma questão de saúde pública**[12]. Profissionais da saúde, em particular médicos e médicas, têm um dever ético e profissional em relação à saúde pública, à garantia de direitos e à saúde sexual e reprodutiva[13,14]. **A prevenção de morbimortalidade decorrente de abortos inseguros faz parte do espectro de responsabilidades de profissionais em saúde.**

Nesse sentido, **profissionais trabalhando na APS têm grande potencialidade de atuação, sendo possível ofertar planejamento sexual e reprodutivo, bem como suporte e orientação para a redução de danos em casos de gravidez indesejada**, como já previsto no protocolo de atendimento da atenção básica do Ministério da Saúde[15, 16, 17, 18]. A organização territorial do trabalho das equipes de saúde da família também possibilita a atuação e o suporte familiar e comunitário. **Trazer as discussões da saúde sexual e reprodutiva para espaços coletivos também é uma forma de reduzir tabus, estigmas e desinformação em saúde e fomentar a defesa dos Direitos Humanos para as mulheres.**

É importante reforçar que a população negra é historicamente relegada a condições de pobreza e de maiores riscos à saúde, sendo as mulheres negras as principais vítimas de gestações indesejadas, fato que demanda políticas específicas que visem reduzir essas desigualdades vivenciadas, inclusive quanto aos direitos sexuais e reprodutivos[19, 20, 21]. Essa realidade pode se tornar diferente com a promoção do acesso adequado a informações e medicamentos seguros. Esforços para garantir os direitos sexuais e reprodutivos e estratégias de redução de danos com particular atenção às desigualdades e iniquidades que afetam a população brasileira mostram-se necessárias[22].

Diante disso, este documento foi pensado com o objetivo de esclarecer dúvidas frequentes entre profissionais da APS com relação a gravidezes indesejadas. Além disso, visa apresentar informações importantes relacionadas à temática e organizar de forma prática estratégias de abordagem para profissionais que vivenciem as situações relacionadas, com enfoque em estratégias de redução de riscos relacionados ao aborto inseguro e à gravidez indesejada.

---

12 Ver nota 3.
13 GIUGLIANI, C; RUSCHEL, A. E; SILVA, M. C. B; MAIA, M. N. ; OLIVEIRA, D. O. P. S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791>.
14 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e n. 2.226/2019. *Código de Ética Médica*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
15 Ver nota 13.
16 MATÍA, M. G; TRUMPER, E.C.; FURES, N.O.; ORCHUELA, J. A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j. ijgo.2016.06.008>.
17 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>.
18 BRASIL. Ministério da Saúde. *Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico*, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf>.
19 BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>.
20 BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989; nº 9.029, de 13 de abril de 1995; nº 7.347, de 24 de julho de 1985; e nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.
21 Ver nota 1.
22 Ver nota 4.

COMO SURGIU A CARTILHA?

O Grupo de Trabalho (GT) Mulheres na Medicina de Família e Comunidade foi fundado em 2016 com o objetivo de trazer discussões sobre a atuação de mulheres nos diversos campos da medicina de família e comunidade, trabalhando pela equidade de gênero na prática acadêmica, na gestão, no ensino, na pesquisa e na prática clínica.

Uma de suas principais atividades consiste em reuniões regulares para a discussão de temas de interesse do coletivo. Em uma dessas reuniões, tivemos a oportunidade de estudar o artigo "Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação"[23] e percebemos uma grande lacuna nos conhecimentos das participantes. Apesar de saberem enumerar as situações em que o aborto é legalizado, muitas dúvidas relacionadas ao tema surgiram, como:

"SE UMA MENINA DE 13 ANOS ESTÁ GRÁVIDA DE UMA OUTRA PESSOA MENOR DE IDADE, ELA TEM DIREITO AO ABORTO LEGAL?"

"O QUE PODEMOS FALAR QUANDO A PESSOA ANUNCIA, NA CONSULTA, QUE VAI PRATICAR UM ABORTO? PODEMOS PRATICAR REDUÇÃO DE DANOS? PODEMOS ORIENTÁ-LA PARA QUE NÃO SE MACHUQUE?"

"E, AO REGISTRAR, EU PRECISO ESCREVER QUE ELA DECLAROU QUE FARIA UM ABORTO?"

Com a pesquisa, percebemos que essas dúvidas são muito frequentes, pois retratam uma falta de conhecimento que se estende da graduação em medicina até programas de residência médica e pós-graduação[24]. Esse desconhecimento, associado ao caráter velado com que a questão é tratada, é um grave problema tanto na formação como na atuação profissional das equipes de atenção primária à saúde. Além disso, a ignorância em relação a como abordar uma pessoa com uma gestação indesejada, principalmente se esta apresentar sinais de inclinação à prática do aborto inseguro, representa tanto uma ameaça à saúde daquela que procura atendimento em busca de ajuda, como uma ofensa à justiça social, dado que as mulheres vulnerabilizadas – público majoritário da atenção primária – são as mais vitimadas por complicações de um aborto praticado de forma desassistida.

Dessas inquietações, nasceu a vontade de procurar por essas respostas e organizá-las em um documento de fácil acesso e compartilhamento, cuja construção se deu em conjunto com a Anis – Instituto de Bioética. Com esta cartilha, esperamos aumentar o repertório de profissionais de saúde, principalmente daqueles e daquelas que trabalham na APS, para lidar com essas situações, que não são incomuns no dia a dia desses serviços e que exigem uma postura acolhedora e ouvidos atentos.

A importância de se abordar questões e dúvidas dos profissionais de saúde sobre como conduzir situações de gravidez indesejada é evidente, tanto pela possibilidade de proporcionar uma melhor abordagem dessas pessoas em sua necessidade de saúde, quanto pela probabilidade de se reduzir a morbimortalidade associada à gestação indesejada e ao aborto inseguro. Quando essas pessoas se sentem apoiadas, bem-informadas e acompanhadas, há impactos positivos diretos em sua saúde e bem-estar[25].

---

23 MAIA, M. N. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2727>.
24 FAÚNDES, A; DUARTE, G. A; OSIS, M. J. D; NETO, J. A. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/h785JGgCvPvdD3kNcVJ9BTm/abstract/?lang=pt>.
25 Ver notas 13, 16 e 23.

A elucidação das situações relacionadas ao aborto legal também é importante em vista do desconhecimento acerca desse direito e das barreiras ao seu acesso, decorrentes de desinformação, redes de saúde mal-articuladas, indisponibilidade de serviços e preconceito, sexismo e racismo estruturais[26, 27]. Tampouco se podem ignorar as consequências alarmantes no acesso e na garantia de direitos à saúde sexual e reprodutiva em um contexto de longa duração e de situação de emergência de saúde pública ocasionado pela pandemia de Covid-19[28]. A não utilização de recursos federais para a implementação de políticas públicas, o tempo prolongado de fechamento das escolas e a diminuição de políticas de assistência social afetam principalmente mulheres e meninas de maneira desproporcional[29].

Em virtude da proximidade com pacientes, suas famílias e com a comunidade, da possibilidade de seguimento de pacientes e suas famílias, do conhecimento das redes de apoio locais e da possibilidade de construção de redes intersetoriais, profissionais trabalhando na APS têm grande potencialidade para atuar de forma efetiva nessas situações. **Essa cartilha destina-se principalmente a profissionais de saúde trabalhando na Atenção Primária à Saúde, especialmente médicas, médicos, enfermeiras e enfermeiros de família e comunidade, mas esperamos que possa ser utilizada por profissionais do direito, da educação e da assistência social, por ativistas de Direitos Humanos e coletivos feministas e por pacientes.**

Pela vida de todas, por uma sociedade mais justa.

---

26 ROSAS, C. F; PARO, H. M. da S. Serviços de Atenção ao Aborto Previsto em Lei: desafios e agenda no Brasil. *Sex Policy Watch*. 2021. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/servico-de-atencao-ao-aborto-previsto-em-lei-desafios-e-agenda-no-brasil/11677>.
27 Ver notas 3 e 13.
28 SOUZA, A. S; AMORIM, M. M. Mortalidade materna pela Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2021.
29 REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA. *Covid-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade*. 2020. Ver Boletins 3, 20 e 22. Disponível em: <http://oic.nap.usp.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-no3_PPS_24abril.pdf>, <https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2020/08/boletimpps_20_14agosto.pdf> e <https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2020/09/boletimpps_22_28agosto.pdf>.

QUESTÕES IMPORTANTES

Nesta seção, levantamos questões importantes para a implementação de uma estratégia de redução de danos em caso de gravidez indesejada. Aqui estão alguns questionamentos mais comuns do que se imagina. Essas são algumas das "dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar", com respostas baseadas em evidências científicas e melhores práticas em saúde e embasadas pela Constituição e pelos Direitos Humanos!

O QUE É UMA GRAVIDEZ INDESEJADA?

A gravidez indesejada é aquela que a pessoa entende que não quer ou não pode levar adiante. Esse é um sentimento bastante comum em pessoas que engravidam sem intenção ou em um momento em que não estavam planejando.

O QUE É UMA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA? [30] [31] [32]

Uma gravidez não planejada, também chamada de gravidez sem intenção ou não pretendida, é um evento comum. É uma gravidez que ocorre quando não se está tentando engravidar, ou seja, quando a pessoa não teve a intenção de engravidar.

Uma gravidez não planejada pode ser desejada? Sim, e é importante fazer essa distinção. Há, ainda, situações em que a pessoa grávida ainda não determinou como se sente com relação à gravidez.

gravidez não planejada, uma questão de saúde.

Gestações não planejadas ou não intencionais são mais comuns do que se imagina. Entre 2015 e 2019, foram registrados anualmente 121 milhões de casos no mundo. As maiores taxas estão em países com leis mais restritivas em relação ao aborto[33].

- Do total de gravidezes não planejadas/não intencionais contabilizadas nesse estudo, 61% foram interrompidas.

- Durante o período analisado de 1990 a 2019, a proporção de gravidezes não planejadas/não intencionais que teve o aborto como desfecho aumentou em países com leis restritivas ao aborto.

- No Brasil, 55,4% das gestações não são planejadas ou intencionais[34].

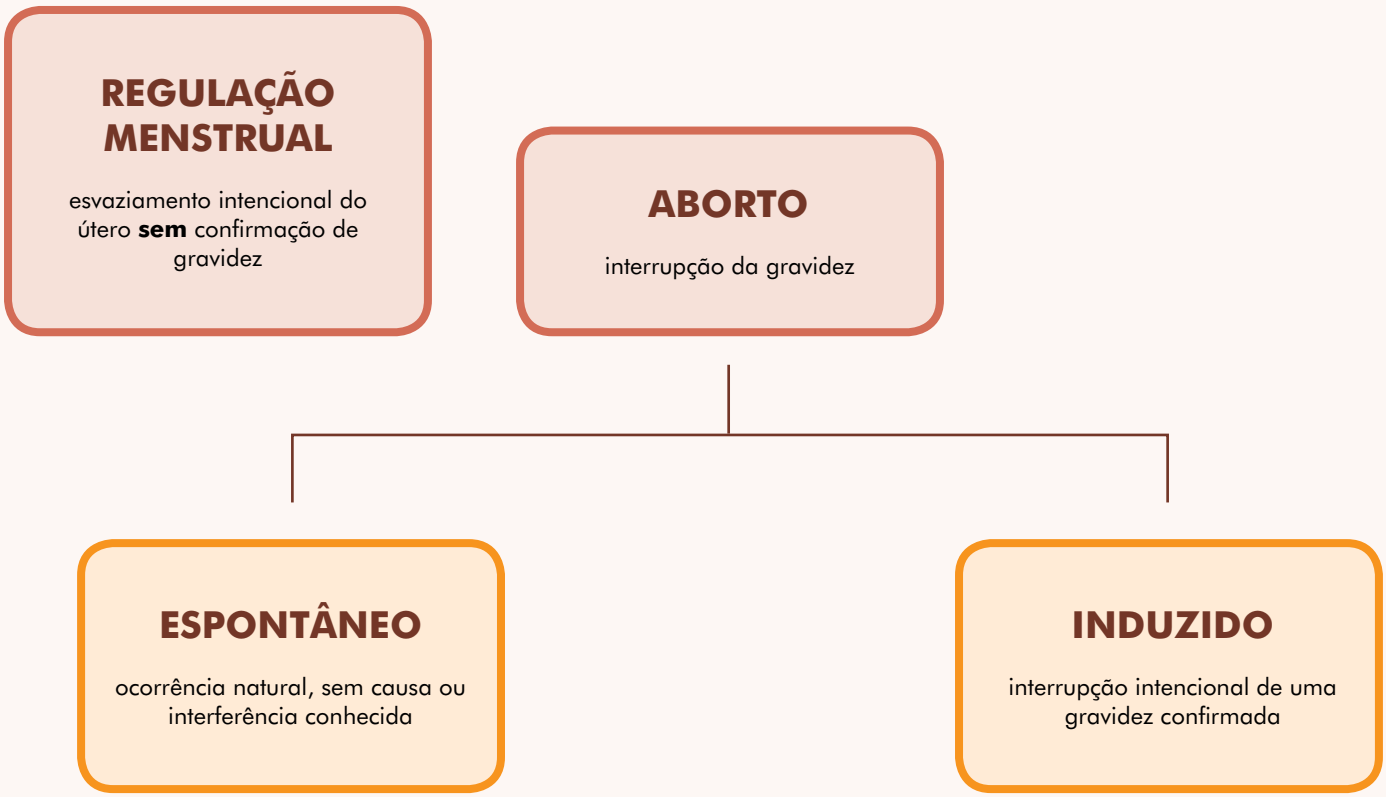
- Uma em cada cinco mulheres brasileiras até os 40 anos já fez um aborto[35].

30 IPAS. *Estigma do aborto acaba aqui: Um kit de ferramentas para compreensão e acção*, 2019. Chapel Hill, NC: Ipas. Disponível em: <https://www.ipas.org/resource/estigma-do-aborto-acaba-aqui-um-kit-de-ferramentas-para-compreensao-e-accao/>.
31 BRASIL. Ministério da Saúde. *Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico*. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf>.
32 BEARAK, J; POPINCHALK, A; GANATRA, B; MOLLER, A. B; TUNÇALP, Ö; BEAVIN, C; et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet Global Health*. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(20)30315-6.pdf>.
33 Ver nota 32.
34 THEME-FILHA, M. M; BALDISSEROTTO, M. L; FRAGA, A. C. S. A; AYERS, S; GAMA, S. G. N. da; LEAL, M. do C. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey 2011/2012. Reproductive Health, out. 2016. Disponível em: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0227-8>.
35 DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência e Saúde Coletiva, fev. 2017.

O QUE É UM ABORTO OU ABORTAMENTO?

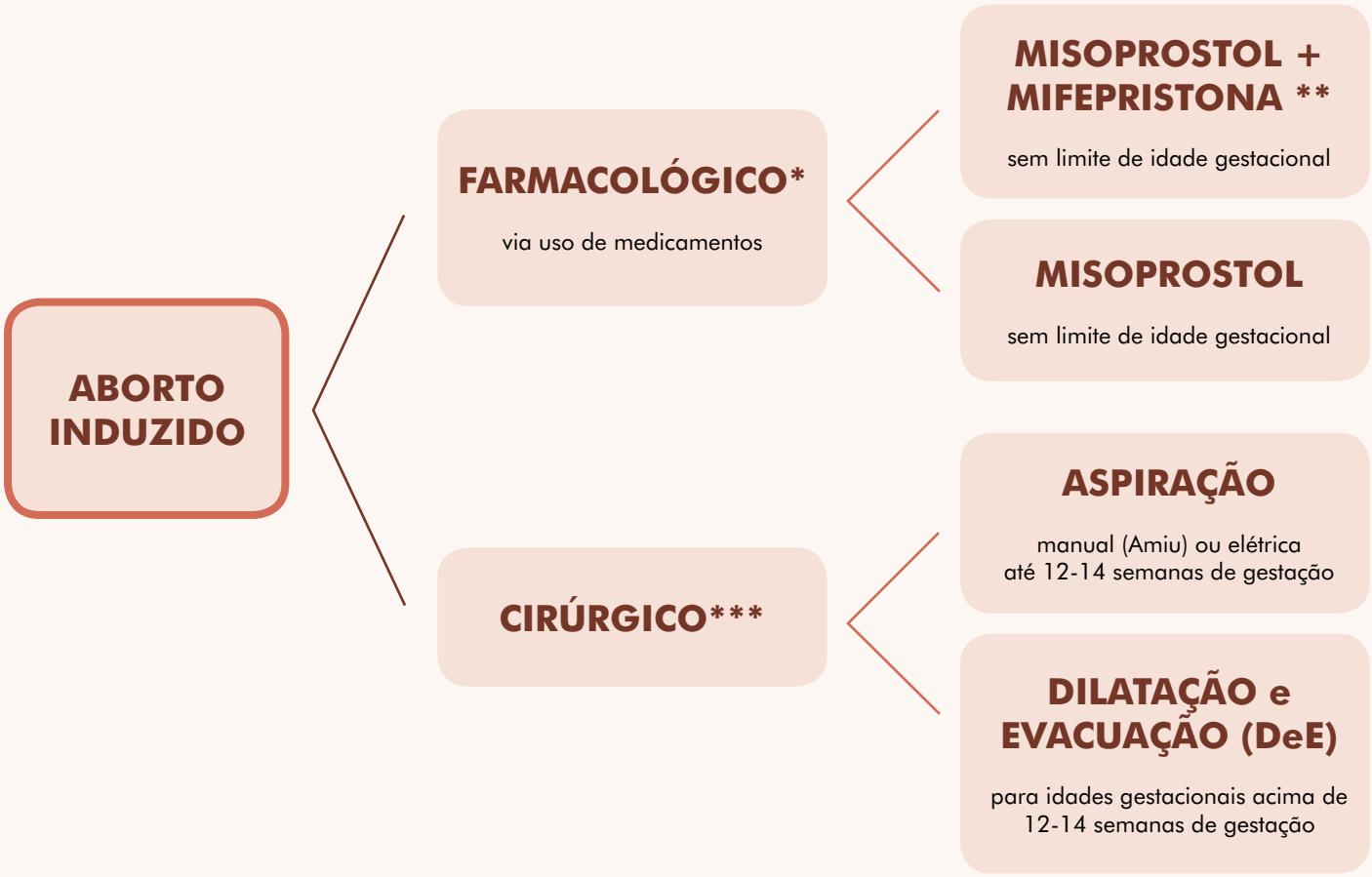
o abortamento é definido como o processo de interrupção da gravidez. O aborto, por sua vez, é entendido como o produto da concepção resultado desse processo[36]. Ainda que os dois termos possam ser definidos de formas distintas, aqui aborto e abortamento serão usados intercambiavelmente como a interrupção da gravidez[37].

A interrupção de uma gravidez pode se dar de maneira espontânea ou induzida[38]: espontânea, quando ocorre de forma natural, sem causa ou interferência conhecida; e induzida, quando é feita de modo intencional diante de uma gravidez confirmada.



36 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>.
37 GIUGLIANI, C; RUSCHEL, A. E; SILVA, M. C. B; MAIA, M. N; OLIVEIRA, D. O. P. S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791>.
38 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt/>.
Ver nota 30.

COMO É FEITO O ABORTO INDUZIDO DE ACORDO COM AS ÚLTIMAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS RECOMENDADAS PELAS OMS[39], FIGO[40] E FEBRASGO[41]?



* Não há estudos suficientes que avaliem a segurança do abortamento farmacológico – também chamado de aborto medicamentoso – de forma ambulatorial após 12 semanas. Assim, essa modalidade não é indicada de forma ambulatorial nas gestações acima de 12 semanas.[42]

** O esquema do aborto com Mifepristona não é oficialmente disponibilizado no Brasil. O Mifepristona é um medicamento seguro e consta na lista de medicamentos essenciais da OMS[43]. O esquema Misoprostol + Mifepristona é preferencial, pois se demonstra mais efetivo do que o esquema de Misoprostol sozinho.[44]

*** Importante ressaltar que o procedimento de dilatação e curetagem, também chamado de D&C ou somente de curetagem, não é uma intervenção ginecológica recomendável. Esse é um método considerado obsoleto, menos seguro, mais doloroso e tem maiores taxas de complicação. A recomendação é de que seja substituído pela aspiração[45].

---

39 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt/>.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>.
40 MORRIS, J. L; WINIKOFF, B; DABASH, R; WEEKS, A; FAUNDES, A.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. International Journal of Gynecology & Obstetrics. set. 2017. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12181>.
41 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção gestacional prevista em Lei. Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. Protocolo Febrasgo – Ginecologia, n. 69. São Paulo: Febrasgo, 2021.
42 Ver nota 39.
43 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Model List of Essential Medicines*, 21ª lista, 2019. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
44 Ver notas 39, 40 e 41.
45 Ver notas 39 e 41.

O QUE É UM ABORTO SEGURO[46]?

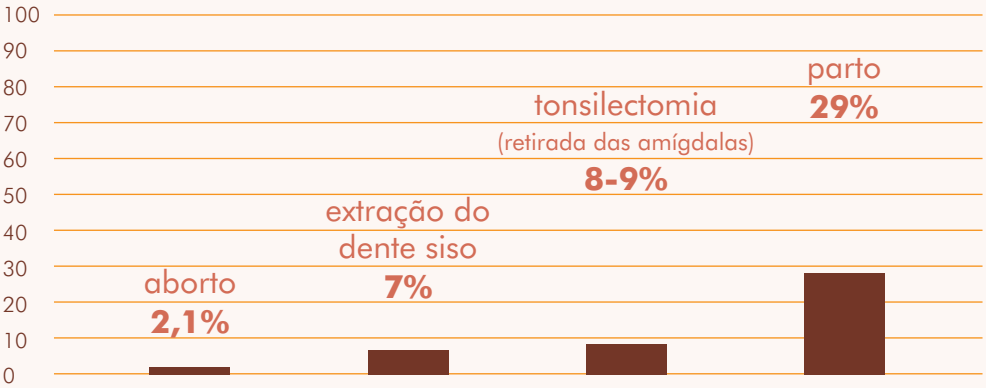
De acordo com a OMS, um aborto é considerado seguro quando atende a dois critérios:
1. Utiliza métodos apropriados e compatíveis com a idade gestacional; e
2. É feito ou acompanhado por uma pessoa treinada.

A classificação do grau de segurança do aborto é um espectro e, quando ao menos um desses elementos é ausente, o procedimento se torna inseguro. Esforços devem ser envidados para que ele sempre possa ocorrer nas melhores condições.

critérios / classificação	SEGURO	INSEGURO		
		menos seguro		pouco seguro
utiliza métodos recomendados pela OMS de forma adequada	✓	✓	X	X
feito ou acompanhado por pessoa treinada	✓	X	✓	X

Reunidos os critérios mencionados, o abortamento pode ser entendido como um procedimento ou tratamento que, em regra, apresenta elevada segurança. Ele pode ser considerado mais seguro que um parto e outras intervenções médicas, como a retirada de um dente siso, por exemplo[47]. De acordo com a OMS, nos Estados Unidos, o risco de morte por aborto em condições seguras é de 0,0007%, ou seja, não chega a uma morte a cada 100.000 procedimentos/tratamentos[48]. Veja os dados comparativos abaixo:

Comparação das taxas de complicação (menos e mais graves)*



* em todos os casos, essas são principalmente complicações menores.

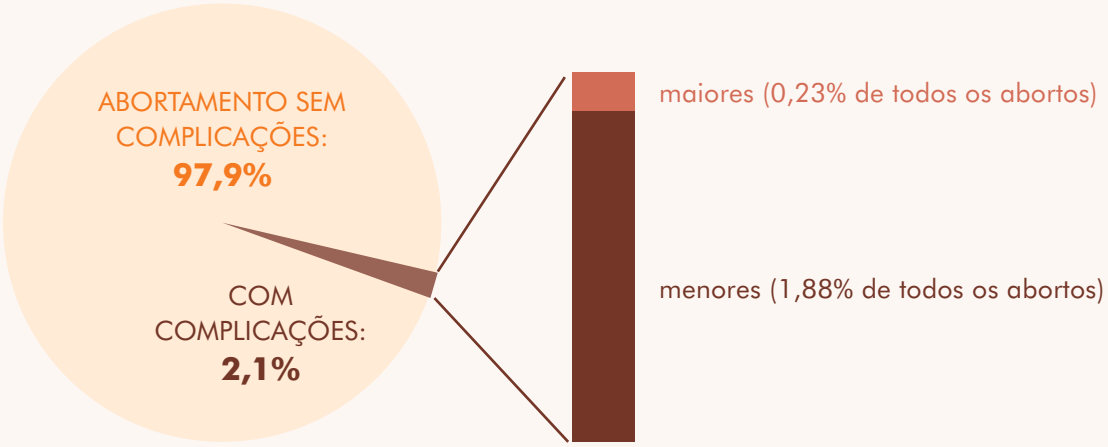
Reprodução: UPADHYAY, U. *Safety of abortion in the United States*. 2014. Disponível em: <https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/safetybrief12-14.pdf>.

O quadro acima apresenta uma comparação entre as taxas de complicação (menos e mais graves) de alguns procedimentos de saúde. No aborto, as chances de complicação seriam de 2,1%. Esse número é bastante inferior às complicações decorrentes da remoção dos sisos (7%), à retirada das amígdalas (8-9%) e até ao parto (29%), por exemplo.

---

46 GANATRA, B; GERDTS, C; ROSSIER, C; JOHNSON, B. R; TUNÇALP, Ö; ASSIFI, A; et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 2017. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext> e <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/>.
47 Organização Mundial da Saúde (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt/>.
Upadhyay, U. Safety of abortion in the United States. 2014. Disponível em: <https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/safetybrief12-14.pdf>.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>.
48 Organização Mundial da Saúde (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt/>.

Percentagem dos procedimentos de aborto com complicações:



Reprodução: Upadhyay, U. *Safety of abortion in the United States*. 2014. Disponível em: <https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/safety-brief12-14.pdf>.

Esse segundo quadro mostra como são raras as complicações em procedimentos seguros de abortamento. Em 97,9% dos casos, não há qualquer complicação. Nos 2,1% restantes, 1,88% seriam consideradas complicações de menor risco. Isso quer dizer que somente em 0,23% de todos os procedimentos de aborto essas complicações apresentariam maior gravidade ou eventos inesperados, necessitando de intervenção cirúrgica, transfusão sanguínea ou internação hospitalar.

POR QUE EXISTEM ABORTOS INSEGUROS?

Abortos inseguros existem somente em contextos nos quais não são garantidas as condições de segurança e proteção a direitos, ou seja, naqueles em que o direito à saúde e à dignidade são violados. O aborto é um procedimento com baixa probabilidade de complicação e reunir métodos adequados e pessoal treinado a realizar o procedimento deveria ser tarefa simples.

UM ABORTO SEGURO PODE SER CRIMINALIZADO?

No Brasil, **sim**, pois o que define a legalidade do procedimento são as situações em que é permitido pela lei, e não a segurança do procedimento. Infelizmente, muitos países têm leis restritivas quanto ao aborto, e o Brasil está no rol de países com leis mais restritivas.

A criminalização de uma questão de saúde, como é o caso do aborto, leva a graves problemas[49]:

- Desinformação e estigmatização;

- Barreiras à prestação de cuidados adequados às pessoas que sofrem emergências obstétricas espontâneas ou às que recorrem a serviços clandestinos para interromper uma gravidez não desejada/não intencional;

- Discriminação e violência institucional em serviços de saúde contra mulheres, adolescentes e outras pessoas que podem gestar;

- Dificuldades de acesso a métodos seguros e adequados – ao Misoprostol, à Mifepristona e à Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) – recomendados pela OMS, fazendo com que um tratamento considerado extremamente seguro se torne menos ou pouco seguro em função de regras regulatórias e burocracias criadas em nome da criminalização.

---

49 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>.
MATÍA, M. G; TRUMPER, E. C; FURES, N. O; ORCHUELA, J. A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j. ijgo.2016.06.008>.
CARDOSO, B. B; VIEIRA, F. M. dos S. B; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Caderno de Saúde Pública*. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001305001&tlng=pt>.
KANE, G; GALLI, B; Skuster, P. *When abortion is a crime: The threat to vulnerable women in Latin America*. Chapel Hill, NC: Ipas, 2013. Disponível em: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/CRIMRPT3E14-WhenAbortionIsACrimeLAC.pdf>. O sumário do relatório *When abortion is a crime* pode ser encontrado em: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/FCSCRI2E13-WhenAbortionisCrimeFS.pdf>.

UM ABORTO INSEGURO PODE SER UM ABORTO PREVISTO EM LEI?

Sim, isso é possível. Como mencionado, quando não utilizados os métodos recomendados pela OMS, o aborto é considerado menos seguro, apesar de estar sendo provido por um serviço de saúde. Além disso, métodos de interrupção como a curetagem, que não é um procedimento recomendado[50], mas ainda é muito utilizado no Brasil[51], podem fazer com que um aborto previsto em lei se torne menos seguro.[52]

E O ABORTO AUTOADMINISTRADO, É SEGURO?

Sim, desde que seja realizado com o uso correto dos medicamentos e com o acompanhamento adequado. Em vários países, grande parte dos abortos farmacológicos são ambulatoriais e, consequentemente, autoadministrados. Com o uso da telessaúde, a autoadministração dos medicamentos tem sido ainda mais usual. A segurança e a eficácia do aborto autoadministrado via telessaúde foram atestadas por um estudo do Reino Unido realizado com mais de 50 mil pessoas.[53]

O ABORTO É UM DIREITO?

Sim. O Brasil assinou tratados importantes de Direitos Humanos que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais e exortam os estados signatários a buscar ativamente a redução do aborto inseguro.[54] No entanto, no Brasil, o direito ao aborto é restrito a três situações[55]: (i) quando a gravidez é resultado de violência sexual, (ii) se a gravidez causa risco de vida à pessoa grávida* ou (iii) em casos de malformação fetal incompatível com a vida. Em nenhum desses casos há limite de idade gestacional.[56]

*Vale lembrar que NÃO SE LIMITA A RISCO IMINENTE DE VIDA. Situações como hipertensão arterial crônica grave com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus avançado com dano orgânico, insuficiência respiratória ou cardíaca grave, tratamento de câncer, entre outras, também podem ser incompatíveis com uma gravidez e, por isso, ensejadoras do direito ao aborto.[57]

E PARA A PESSOA QUE DESCOBRIU UMA GRAVIDEZ INDESEJADA, QUAIS DIREITOS SÃO GARANTIDOS?

1. **Direito à informação.**
"Mulheres com gravidez indesejada devem ter pronto acesso à informações confiáveis e a uma orientação compreensível".[58] Esse acesso deve ser igualitário em relação à informações sobre planejamento familiar e redução de danos[59].

2. Direito ao cuidado digno, respeitoso e sem julgamentos.

3. Direito de usufruir de avanços tecnológicos em saúde.

4. Direito à saúde, que inclui todas as questões referentes à saúde sexual e reprodutiva.

---

50 Ver notas 39 e 41.
51 Ver nota 8.
52 Ver notas 46 e 48.
53 AIKEN, A. R. A; LOHR, P. A; LORD, J; GHOSH, N; STARLING J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG – An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2021. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16668>.
54 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>;
GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A.E.; SILVA, M.C.B.; MAIA, M.N.; OLIVEIRA, D.O.P.S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791>. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global Abortion Policies Database*. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/country/brazil/>.
55 Art. 124 do Código Penal de 1940; ADPF 54.
56 Existem documentos técnicos do Ministério da Saúde que estabelecem um limite gestacional à interrupção da gravidez, porém esses documentos estão desatualizados e em conflito em relação à prática e aos cuidados referentes ao aborto (ver referências 39 e 40). É preciso observar que documentos técnicos não limitam o uso de protocolos seguros, desde que o procedimento seja realizado em conformidade com a lei. Aliás, é dever do médico acompanhar a evolução da ciência (ver Código de Ética Médica). A lei não impõe restrições baseadas em idade gestacional.
57 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. *Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 69 – Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei*. São Paulo: Febrasgo, 2021.
58 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo 1994), do qual o Brasil é signatário, parágrafo 8.25. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>
59 BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>.

QUAIS SÃO OS DEVERES DO ESTADO E DA E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUANDO SE DEPARAM COM UMA SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA?

Acolher, de forma igualitária e sem discriminações, a pessoa em situação de gravidez indesejada e **promover todos os cuidados e informações necessários para que os direitos à saúde e ao planejamento familiar dessa pessoa sejam concretizados** de forma autônoma, digna e integral e com base nas melhores evidências disponíveis.

De acordo com o art. 196 da Constituição Federal de 1988, é dever do Estado garantir o direito à saúde, **reduzir o risco de doenças e de outros agravos e promover todas as ações necessárias para o acesso universal e igualitário à saúde.**

> "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (Art. 196, caput, CF/88)

O dever do Estado de promover informações em matéria de saúde é reforçado pelo art. 5º da Lei n. 9.263/1996.

> "É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar." (Art. 5º, Lei n. 9.263/1996)[60]

Os deveres de observar as melhores evidências científicas, reduzir danos, garantir o livre consentimento informado e respeitar o sigilo de pacientes são reforçados por uma série de disposições do Código brasileiro de Ética Médica.

O CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA[61] DETERMINA QUE O MÉDICO OU A MÉDICA:

- Deve empenhar-se em melhorar os padrões dos serviços médicos e assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde (Princípio Fundamental XIV);
- Não pode, em hipótese alguma, causar dano a paciente por omissão (Capítulo III, Art. 1º);
- Deve prezar pelo uso do melhor progresso científico em benefício da ou do paciente e da sociedade (Princípio Fundamental V);
- Deve garantir a pacientes o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar, não podendo exercer sua autoridade para limitá-lo (Art. 24);
- Deve guardar todas as informações obtidas no desempenho de suas funções sob a garantia do sigilo profissional (Princípio Fundamental XI).

---

60 BRASIL. LEI N. 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. REGULA O § 7º DO ART. 226 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, QUE TRATA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR, ESTABELECE PENALIDADES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/LEIS/L9263.HTM>.

61 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e n. 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

Cabe aos e às profissionais de saúde da APS atentar-se para as melhores práticas em saúde, de forma a prevenir e não causar danos à saúde de pacientes, garantindo-lhes o livre consentimento informado, o mais amplo respeito à decisão tomada, bem como o sigilo das comunicações, tratamentos de saúde e documentação a eles relacionados.

o ministério da saúde determina:

em situação de gravidez indesejada, deve-se avaliar, de maneira aberta e sem julgamento ou intimidação, se há risco de abortamento. Se esse risco for determinado, cuidados e informações pertinentes devem ser fornecidos à pessoa[62].

GRAVIDEZ DESEJADA?

NÃO

1. oferecer ambiente acolhedor e privativo para escutar a mulher de forma aberta e não julgadora

2. oferecer mediação de conflitos pessoais e/ou familiares decorrentes de gravidez não planejada

3. questionar abertamente sobre intenção de abortar sem julgamento ou intimidação

SIM

1. acolher a mulher e abordar seus medos, ideias e expectativas

2. explicar a rotina do acompanhamento pré-natal

3. iniciar o pré natal o mais precocemente possível

4. realizar teste rápido para HIV e sífilis

5. ver capítulo de pré-natal

6. enfermeiro(a) / médico(a)

HÁ RISCO DE ABORTAMENTO

NÃO

SIM

1. orientar situações em que o aborto é permitido por lei e sobre possibilidade de adoção.

2. aconselhar a mulher a conversar com pessoa de confiança e, se gestação em fase inicial, oferecer-se ao cuidado, mediação de conflitos, verificar vulnerabilidades sociais e familiares

3. orientar sobre riscos de práticas inseguras de interrupção de gravidez (hemorragia, infecção, perfuração uterina, infertilidade, morte)

4. marcar retorno para reavaliação

5. se ocorrer abortamento, assegurar planejamento repdrodutivo para evitar nova gestação indesejada

Destaque do Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreias. Reprodução de *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*, elaborado pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 27.

62 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Ver quadro destaque do Fluxograma 2 – Atraso menstrual e amenorreias, p. 27.

TÁ NA LEI, TÁ NO SUS: REDUZIR DANOS É TAREFA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE!

A Lei do Sistema Único de Saúde (Lei n. 8.080/1990)[63] prevê a **redução de riscos** de doenças e de outros agravos. Para isso, **estratégias de redução de danos são importantes e apresentam impactos positivos na saúde da população.**

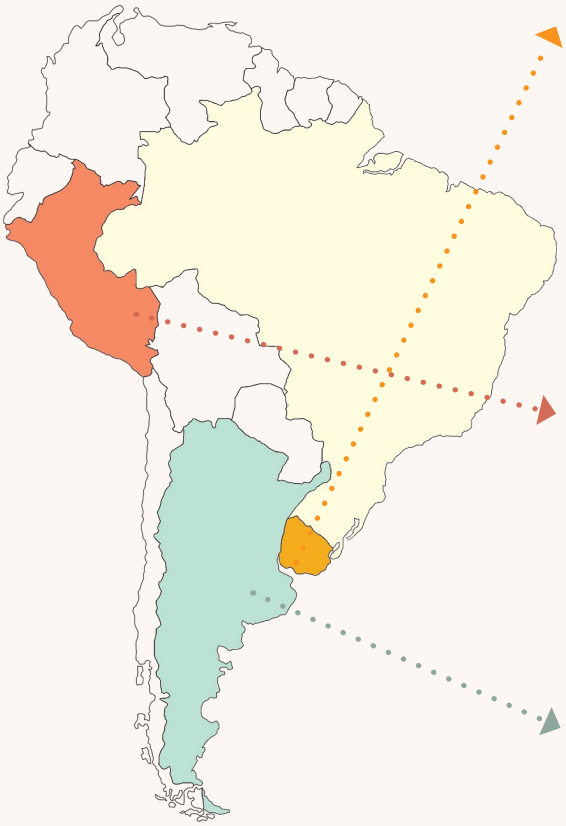
Em lugares com leis restritivas ao aborto, como o Brasil, a redução de danos tem como objetivos[64]:

- Incluir mulheres, adolescentes e pessoas que possam ter uma gravidez não planejada no sistema de saúde;
- Garantir acesso ao aborto legal nos casos previstos em lei;
- Diminuir a morbimortalidade associada a abortos inseguros e/ou não previstos em lei;
- Garantir cuidados pós-aborto;
- Garantir acesso ao pré-natal, se assim desejado;
- Garantir o sigilo profissional, bem como cuidados sem julgamento, dignos e baseados nas melhores práticas;
- Garantir o direito à informação adequada, atualizada e de acordo com as mais recentes e sedimentadas evidências científicas;
- Garantir acesso à saúde sexual e reprodutiva;
- Reduzir o número de gravidezes não planejadas;
- Contribuir, sem interferências indevidas, para uma tomada de decisão responsável e informada.

63 BRASIL. Lei n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
64 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS)/OPAS. *Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*. 2012. Disponível em: <https://www.paho.org/es/file/34374/download?token=Q0sCGcXi>.

ESSENCIALIDADE DA REDUÇÃO DE DANOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE PAÍSES VIZINHOS

Quando aplicada ao tema do aborto, a redução de danos resulta em benefícios para as vidas de meninas e mulheres e todas as pessoas que possam vir a ter uma gravidez.



URUGUAI: Antes que o aborto se tornasse prática legal, a estratégia de redução de danos levou o país a atingir o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), com o qual o Brasil também se comprometeu. Além de observar uma significativa redução de morte materna, o país conseguiu zerar as mortes por aborto. A redução em morte materna foi principalmente pela redução de mortes por abortos inseguros. Outro resultado importante foi a inclusão de mulheres no sistema de saúde, tanto nos cuidados pós-abortamento para aquelas que decidiram abortar, como no estabelecimento de vínculo e cuidados com as que decidiram seguir com a gestação (21%) e na prevenção de outras gravidezes não planejadas[65].

PERU: Iniciou serviços de redução de danos em 2006. O atendimento ocorre de forma presencial em várias localidades, ou pode ser feito via telefone, e inclui o aconselhamento sobre aborto. O Misoprostol é apresentado como uma alternativa mais segura em relação a outros métodos e são fornecidas informações sobre dosagem adequada, efeitos colaterais e a efetividade do medicamento. Além disso, são ofertadas informações sobre contraceptivos e acolhimento pré-natal ou pós-aborto.[66]

ARGENTINA: Também demonstrou que estratégias de redução de danos diminuem os índices de morte materna relacionados ao aborto. Mais importante ainda, a experiência da Argentina com a estratégia de redução de danos demonstra que a inclusão de profissionais de saúde da atenção primária e de enfermeiras obstétricas melhora o cuidado às mulheres[67].

E O BRASIL?

Em Campinas, no estado de São Paulo, há uma lei municipal que autoriza a redução de danos decorrentes do aborto ilícito e inseguro. A lei considera a redução de danos como "estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco" e prevê o fornecimento de informações, cuidados e apoio a pessoas em risco de aborto inseguro[68].

Vale reforçar que a redução de danos já está prevista na Lei do SUS (Lei n. 8.080/90) e muito do que uma estratégia focada na redução de danos exige em situações referentes a uma gravidez indesejada já está previsto pelo protocolo de atenção básica do Ministério da Saúde, pela Constituição brasileira e pelo Código de Ética Médica[69].

Chegou a nossa vez! É pela vida. Vamos?

---

65 Ver nota 62 e BRIOZZO, L; GÓMEZ, P. L. R; TOMASSO, G; FAÚNDES, A. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetetrics*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.004>.

66 GROSSMAN, D; BAUM, S. E; ANDJELIC, D; TATUM, C; TORRES, G; FUENTES, L; et al. A harm-reduction model of abortion counselling about misoprostol use in Peru with telephone and in-person follow-up: A cohort study. *PLoS One*, 2018.

67 MATÍA, M. G; TRUMPER, E. C; FURES, N. O; ORCHUELA, J. A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.008>.

68 Lei Municipal n. 13.481 de 2008, que institui o "Programa Municipal de Prevenção e Redução de Danos Decorrentes do Aborto Ilícito e Inseguro". Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/2008/1349/13481/lei-ordinaria-n-13481-2008-institui-o-programa-municipal-de-prevencao-e-reducao-de-danos-decorrentes-do-aborto-ilicito-e-inseguro>.

69 Ver notas 58, 59, 60 e 61 e GIUGLIANI, C; RUSCHEL, A. E; SILVA, M. C. B; MAIA, M. N; OLIVEIRA, D. O. P. S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791>.

ROTEIRO PARA ABORDAGEM BASEADA NA REDUÇÃO DE DANOS

A proposta desta seção é fornecer às e aos profissionais da atenção primária em saúde elementos para conduzir, de forma bem-embasada e respeitosa, os cuidados em situação de gravidez não desejada.

A seguir, propomos um roteiro com os pontos que devem ser abordados durante um atendimento pautado em estratégias de redução de danos. Entre eles, estão a identificação de uma gravidez indesejada, a averiguação sobre se essa gravidez se encaixa nas hipóteses de aborto legal e se há inclinação da ou do paciente por uma interrupção da gestação e, nesse caso, também a oferta de informações sobre alternativas, tais como a entrega do nascido para adoção e riscos de um aborto inseguro.

A RECOMENDAÇÃO É QUE ESTE ROTEIRO SEJA ADOTADO SEMPRE QUE HOUVER A IDENTIFICAÇÃO DE UM NOVO TESTE DE GRAVIDEZ POSITIVO NA UNIDADE DE SAÚDE.

1. PREPARAÇÃO PARA O ATENDIMENTO A PACIENTE COM TESTE DE GRAVIDEZ POSITIVO

Antes do início de qualquer contato com a menina, mulher ou pessoa que possa gestar que chega ao serviço de saúde, é importante ter em mente que **a atenção dispensada deve ser humanizada, com respeito ao sigilo, sem qualquer julgamento ou paternalismo**. O foco é acolher, ouvir, cuidar e informar adequadamente de acordo com as melhores práticas médicas baseadas em evidências. Em hipótese alguma deve haver a intenção de influenciar a decisão de pacientes[70].

Importante: Não se deve assumir que toda gravidez é desejada ou algo percebido como conveniente. Caso se perceba que a gravidez não foi planejada ou não é desejada, é preciso identificar se isso poderia causar sofrimento emocional à pessoa ou fazê-la se colocar em situações de risco e adotar comportamentos que possam causar danos à sua vida ou à sua saúde, como a prática do aborto inseguro. Estar atenta aos detalhes é importante para prevenir situações de perigo para a saúde de pacientes[71].

Nesse sentido, recomenda-se que, sempre que houver a identificação de nova gravidez com teste positivo, a pessoa seja convidada a uma conversa sigilosa e respeitosa pelos profissionais de saúde da atenção primária. Esse é um momento para escutá-la de forma empática e tentar integrá-la ao serviço de saúde[72].

importante:

O insumo para o teste rápido de gravidez pode ser entregue a pacientes ou à parceria sexual e pode ser feito dentro ou fora da unidade de saúde, garantindo autonomia e sigilo. Aconselhamentos pré e pós-teste devem ser realizados garantindo acesso integral à informação[73].

70 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/OPAS. *Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*. 2012. Disponível em: <https://www.paho.org/es/file/34374/download?token=Q0sCGcXi>.
71 HYMAN, A. et al. *Misoprostol in women's hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion. Contraception*. v. 87, n. 2, pp. 128-130. 2013.
72 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>
73 BRASIL. Ministério da Saúde. *Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf>.

2. GARANTIA DO SIGILO MÉDICO

A garantia de sigilo é primordial em qualquer acolhimento de saúde, seja para profissionais de saúde, seja para quem recebe os cuidados. Por isso, recomenda-se que toda conversa tenha início com a explicação do que é o sigilo médico, de forma a assegurar que o que ali será dito estará absolutamente abarcado por esse sigilo. Também deve haver compreensão da equipe da APS sobre a obrigatoriedade do sigilo profissional e os meios de garanti-lo devem ser dialogados e colocados em funcionamento.

importante assegurar que pacientes compreendam a existência do sigilo e que profissionais cumpram com a obrigatoriedade do sigilo profissional.

para tanto, recomenda-se que o ou a profissional de saúde sempre:

- Questione expressamente sobre a existência de dúvidas em relação ao sigilo médico;
- Disponibilize-se para sanar as eventuais dúvidas sobre o sigilo médico.

3. ATENDIMENTO INICIAL

Estabelecido um ambiente acolhedor e seguro para a conversa, passa-se ao atendimento inicial à pessoa que há pouco conheceu a situação de gravidez. Nesse momento, deve-se buscar ouvi-la e compreendê-la quanto aos sentimentos provocados pelo conhecimento da gestação para, então, proporcionar as informações iniciais adequadas.

Caso se verifique que ela deseja seguir adiante com a gravidez, deve-se encaminhá-la aos cuidados pré-natais e fazer a consulta de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, com acolhimento a suas dúvidas, testagem rápida de ISTs e explicação sobre as rotinas do pré-natal[74].

Caso se verifiquem sentimentos de hesitação relacionados à gravidez, recomenda-se um aconselhamento mais aprofundado acerca dessa questão[75].

O aconselhamento aprofundado deve incluir informações técnicas tanto sobre **cuidados durante a gravidez, quanto sobre hipóteses de aborto legal, sobre alternativas a uma gravidez não desejada (como a entrega do nascido para adoção), sobre os riscos da prática de um aborto inseguro e sem a assistência adequada, sobre a necessidade de se buscar atendimento médico caso apresente determinados sintomas, bem como sobre cuidados e contracepção a serem adotados de forma a prevenir nova gravidez**. O retorno ao serviço de saúde deve ser sempre encorajado.

---

74 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>.

75 FAÚNDES, A; RAO, K; BRIOZZO, L. Right to protection from unsafe abortion and postabortion care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. v. 106, pp. 164-167, 2009.

deve-se sempre:

• Recepcionar a ou o paciente e perguntar como ela ou ele está;

• Se houver abertura, fazer questionamentos acerca de sua rotina e estado emocional. O momento inicial do atendimento deve ser destinado a criar um ambiente acolhedor e confortável para a pessoa;

• Reforçar o sigilo médico;

• Abordar, de maneira acolhedora e sem julgamentos, em espaço que garanta a privacidade, questões referentes a[76]:

- se a atual gestação foi planejada e como a pessoa se sente a respeito dela;

- se a gravidez é desejada e, em caso negativo, se haveria o risco de um abortamento inseguro ou qualquer outra situação que possa pôr em risco a sua vida. Em caso positivo, oferecer mediação de conflito;

- se já houve aconselhamento sobre ISTs, testagem, prevenções e outros cuidados.

4. IDENTIFICAR SE HÁ HIPÓTESE DE ABORTO LEGAL

Não havendo certeza acerca do desejo pela manutenção da gestação, recomenda-se, antes de tudo, assegurar se a gravidez se qualifica como hipótese de direito ao aborto garantido por lei.

Aqui vale lembrar que a lei brasileira não impõe limites de idade gestacional aos casos permitidos, que são: (i) gravidez resultante de estupro, (ii) risco de vida para a mulher e (iii) quando o feto for anencéfalo ou apresente malformação incompatível com a vida. Lembre-se de que a gravidez em menores de 14 anos é sempre qualificável como estupro de vulnerável e, por isso, há direito ao aborto legal garantido mediante consentimento do representante legal[77].

Veja na tabela a seguir algumas questões relevantes sobre o atendimento de menores de 18 anos:

76 Ver notas 71 e 72.

77 A autorização ao aborto em menores de 16 anos é assinada pelos pais ou responsáveis legais. No caso de adolescentes com mais de 16 anos, exige-se a assinatura da paciente junto à dos representantes legais. Caso não haja consenso entre a decisão da adolescente maior de 16 anos e a decisão dos pais ou representante legal, a equipe deve respeitar a vontade da adolescente diante da gravidez. Nesses casos, o Ministério Público deve ser comunicado para que um adulto em quem a adolescente confie possa assinar o consentimento escrito, autorizando a realização do procedimento. Já no caso em que houver conflito entre a vontade de paciente com menos de 16 anos e a de seus pais ou responsáveis legais, a equipe de saúde deve envidar esforços para respeitar a vontade da adolescente, adotando medidas como a comunicação ao Ministério Público e ao Conselho Tutelar local.

Adolescentes entre 12 e 18 anos[78] podem ser atendidas sozinhas ou atendidos sozinhos?	Sim. ***"Adolescentes e jovens têm direito a ter atendimento sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, segredo e confidencialidade, ou seja, de serem atendidos sozinhos, em espaço privado, onde possa ser reconhecida sua autonomia e individualidade."*** [79]
A notícia da gestação e as informações sobre direito ao aborto legal podem ser ofertadas para a ou o adolescente se estiver sozinha ou sozinho?	Sim, uma vez que o Ministério da Saúde, amparando-se no ECA, já reconhece os direitos básicos de acesso à informação e ao atendimento em saúde com garantia de privacidade. A obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde pode constituir impedimento ou afastamento do adolescente com relação ao exercício pleno de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, podendo ser considerada uma lesão ao seu direto a uma vida saudável[80]. Deve-se recordar que, em caso de violência sexual, a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude é obrigatória. A comunicação sobre a situação de saúde aos pais ou responsáveis deve ser encorajada, desde que haja segurança de que essa comunicação não acarrete em outras violações de direitos da adolescente.
Gestações em menores de 14 anos são entendidas como decorrentes de estupro?	Sim, são qualificáveis como estupro de vulnerável (art. 217-A. Código Penal).
Em caso de gestação em adolescente com menos de 14 anos, fruto de relação com outro menor de idade, ainda assim é possível considerar estupro de vulnerável?	Sim.
Em caso de adolescentes com até 16 anos, pode-se realizar o aborto legal sem consentimento dos responsáveis?	Não. A assinatura do responsável legal é necessária. Em caso de dissonância de decisão, a ou o profissional deve acionar o Ministério Público para atuar no caso, buscando respeitar e garantir a decisão da ou do paciente adolescente.
Em caso de adolescentes entre 16 e 18 anos, pode-se realizar o aborto legal sem consentimento dos responsáveis?	Não. Nesse caso, adolescente e responsável legal devem assinar conjuntamente, prevalecendo a vontade da ou do paciente adolescente. Caso não haja concordância, é possível também acionar o Ministério Público para sanar a questão.

78 Vale ressaltar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescência o período entre 12 e 18 anos. Porém, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência entre os 10 e 19 anos de idade. Já o Ministério da Saúde "toma por base a definição da OMS e recorre aos termos 'população jovem' ou 'pessoas jovens' para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos. Ver pp. 23-24 de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>.

79 Ver p. 117 da referência citada acima, nota 79 (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

80 Ver p. 23 da referência da nota 79 (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) e pp. 92-93 de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>.

4.1. GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nos termos do art. 213 do Código Penal brasileiro, configura crime de estupro *"constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso"*. Nesse sentido, é possível verificar que a violência sexual vai além da penetração, e essa é uma informação que pode não ser de conhecimento da ou do paciente.

Assim, faz-se importante avaliar se o ato sexual que resultou em gravidez foi consentido, se foi realizado por meio de força física, coerção, coação ou ameaça psicológica, inclusive dentro de relacionamentos afetivos, como o casamento e o namoro, e dentro de relacionamentos familiares, praticados contra mulheres, homens trans, crianças e adolescentes. Se o ato sexual não foi consentido, ele pode ser considerado como fruto de violência.

deve-se sempre:

Buscar saber sobre as circunstâncias em que se deu a gestação (importante averiguar se houve consentimento e/ou ciência do ato sexual);

Avaliar a compreensão sobre consentimento e/ou se assegurar se havia idade adequada para a caracterização do consentimento (lembrando que, no país, **relações sexuais com pessoas abaixo de 14 anos caracterizam o crime de estupro**);

Buscar compreender sobre relacionamentos e a estrutura familiar da paciente;

Buscar saber sobre como a ou o paciente se sente em relação à gravidez;

Caso se perceba a possibilidade de que a gestação seja fruto de violência, explicar o que é a violência sexual e de quais formas ela pode se dar também em um relacionamento conjugal ou familiar. Aqui, podem ser fornecidos materiais informativos a respeito[81];

Avaliar a situação de segurança da paciente. Se ela segue em risco de violência, buscar elaborar planos para garantir a sua segurança e considerar, quando adequado, o envolvimento de outros órgãos de suporte, como Defensoria Pública, Ministério Público local, casas de acolhimento etc;

Em caso de confirmação de violência sexual, reafirmar o sigilo médico e orientá-la para as possibilidades de denúncia da violência e de aborto legal;

Caso ela não deseje prosseguir com a gravidez, fornecer informação sobre a possibilidade de se recorrer a um serviço de aborto legal e explicar sobre como se dá o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez (Portaria n. 2.561/2020). Informar sobre a **não obrigatoriedade de denúncia à polícia para o acesso ao aborto legal**[82]. A notificação epidemiológica será feita resguardando o direito ao sigilo;

Ofertar acompanhamento multiprofissional, com avaliação e discussão sobre profilaxias para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a possibilidade de se prosseguir com a gravidez, informações sobre como se dá o acompanhamento pré-natal, sobre a rede de proteção social, a possibilidade de entrega do nascido para adoção após o parto, assim como discussões adequadas sobre contracepção e outras opções reprodutivas futuras, se apropriado.

---

81 BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*. 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>.
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência sexual, familiar e doméstica no Distrito Federal. 2020*. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/07/Linha-de-Cuidado-versao-preliminar-consulta-publica-.pdf>.
MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. *Cartilha Mulher, valorize-se: conscientize-se de seus direitos*. 2015.
MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Defensoria Pública do Distrito Federal. *Cartilha Vamos conversar*. 2016.
MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. *Cartilha Violência contra a mulher*. 2017.
MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. *Enfrentando a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher*. 2020.

82 Vale ressaltar que a Portaria n. 2.561, de 23 de setembro de 2020, é referente ao dever dos serviços de aborto legal, e não da mulher, de fazer comunicação à polícia. Além disso, essa portaria está em conflito direto com o Código Penal e o Código de Ética Médica sobre obrigatoriedade de sigilo profissional. Assim, em regra, os serviços devem somente enviar dados populacionais sobre a violência, que não permitam a identificação de vítimas individuais, assim como é feita a notificação epidemiológica. Qualquer informação sobre vítimas individuais, que permitam registro de boletim de ocorrência, só podem ser remetidas se a paciente assim autorizar expressamente. Dessa forma, mantém-se que a mulher não tem que fazer B.O. ou qualquer denúncia junto à polícia para ter o acesso ao serviço de aborto legal garantido.

4.2. RISCO DE VIDA PARA A MULHER

Quando a gravidez representa risco à vida ou à saúde da mulher, deve ser apresentado um laudo com a opinião de dois médicos, sendo um deles especialista em ginecologia-obstetrícia. O laudo deve conter uma descrição detalhada do quadro clínico e o seu impacto na saúde da pessoa gestante, embasando a recomendação de aborto em evidências científicas. O protocolo da Febrasgo de 2021, n. 69, sobre "Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais" endossa que **o risco de morte à mulher não precisa ser necessariamente iminente para que se garanta o direito ao aborto legal**. Esse protocolo inclui uma lista não exaustiva de condições que colocam a vida da mulher grávida em risco de morte e em que o aborto legal deve ser apresentado como opção para proteger a sua vida. Alguns exemplos mais comuns são: neoplasia maligna que requer tratamento, hipertensão arterial crônica grave com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus avançado com dano orgânico, entre **outras patologias maternas que ponham em risco ou gerem dano grave e permanente à vida da mulher**[83]. Nesses casos, os e as profissionais de saúde farão uma avaliação técnica acerca do risco à saúde da pessoa grávida.

ANTES DE INSERIR O ASSUNTO DA POSSIBILIDADE DE REALIZAR PROCEDIMENTO DE ABORTO LEGAL, RECOMENDA-SE BUSCAR SABER COMO A OU O PACIENTE SE SENTE QUANTO À SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE, À GRAVIDEZ E AO RISCO DE VIDA.

deve-se ainda:

Explicar os requisitos e o procedimento de aborto legal.

Discutir sobre opções reprodutivas e a oferta de acompanhamento multiprofissional.

4.3. FETO ANENCÉFALO OU COM OUTRA MALFORMAÇÃO INCOMPATÍVEL COM A VIDA

A antecipação do parto em caso de anencefalia pode ser solicitada, **sem necessidade de autorização judicial**, à rede pública de saúde junto à apresentação de laudo assinado por dois médicos ou médicas.

Já nos casos de **outras malformações fetais** incompatíveis com a vida, o Superior Tribunal de Justiça, no âmbito do REsp 1.476.888/GO, já conferiu interpretação extensiva à ADPF n. 54 (que possibilitou a interrupção de gestações de fetos anencéfalos) para permitir que abortamentos fossem feitos de forma legal nesses casos também. **Diante de tal entendimento, é possível que a paciente seja encaminhada ao serviço de aborto legal sem que haja necessidade de autorização judicial para que seja submetida ao procedimento**. Recomenda-se, todavia, informar a paciente de antemão **acerca da possível recusa ao serviço e da obtenção de autorização judicial específica** e, nesses casos, orientá-la para a busca de suporte via Defensoria Pública ou Ministério Público local, uma vez que, como mencionado, a autorização da ADPF n. 54 para a interrupção da gestação de fetos anencéfalos têm o potencial de ser estendida a outras malformações incompatíveis com a vida.

83 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei. *Protocolo Febrasgo-Ginecologia, n. 69. Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais*. São Paulo: Febrasgo, 2021. pp. 13-14.

Nesses casos, os e as profissionais de saúde farão a avaliação técnica acerca da inviabilidade da gestação.

Antes de inserir o assunto da possibilidade de realizar procedimento de aborto legal, recomenda-se buscar saber sobre as circunstâncias em que se deu a gestação e compreender como a ou o paciente se sente em relação à gravidez.

deve-se ainda:

Explicar os requisitos e o procedimento de aborto legal para o caso de fetos anencéfalos[84]. Em caso de outra malformação incompatível com a vida, orientar para a busca de suporte via Defensoria Pública ou Ministério Público local;

Discutir sobre opções reprodutivas e a oferta de acompanhamento multiprofissional.

5. ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE ABORTO LEGAL

No caso de identificação de que o caso se qualifica ao aborto legal, e desejando a paciente proceder à interrupção da gestação, esta deverá ser orientada sobre o serviço mais próximo[85]. Todas as unidades de saúde são obrigadas a fazer o acolhimento inicial e encaminhar a pessoa grávida para o serviço mais próximo. Se houver necessidade de tratamento fora de domicílio, o transporte também deve ser fornecido. A mulher, menina ou pessoa que possa gestar tem o direito de continuar sendo acompanhada após o procedimento pelo serviço que realizou o aborto ou pelo serviço de saúde mais próximo à sua casa. Também está prevista a garantia de afastamento remunerado se assim for desejado[86].

Como o acesso aos serviços muitas vezes é dificultoso para as mulheres e meninas que optam pela interrupção legal da gestação, seria importante criar redes de acolhimento e acompanhamento, bem como estabelecer vínculo com o serviço de aborto legal mais próximo, de forma a assegurar a transferência adequada de cuidados, assim como estabelecer um vínculo com a paciente para que esta possa retornar à unidade de saúde em que iniciou seu atendimento.

Nessa oportunidade, a e o profissional de saúde poderão sanar dúvidas da paciente a respeito das hipóteses em que este é permitido, dos requisitos médicos e legais e sobre como é feito o procedimento. Materiais informativos podem ser compartilhados.

---

84 BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos* (2014). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf>.
85 Mapa do aborto legal. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org>.
86 Segundo o art. 395 da CLT, em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

6. REDUÇÃO DE DANOS

Caso se reconheça que a gestação não se amolda às hipóteses de aborto garantido por lei e, se do atendimento se puder inferir, de forma expressa ou subentendida, tratar-se de gravidez indesejada, as e os profissionais de saúde poderão proceder a informar a ou o paciente acerca de **estratégias para reduzir danos e preservar a saúde** em situações em que políticas e práticas proíbem, estigmatizam e forçam a interrupção da gestação de forma clandestina. Para tanto, é importante estar em posse de informações como:

- Idade gestacional e informações sobre se a pessoa grávida reúne as condições para realizar o aborto medicamentoso seguro;

- Circunstâncias em que se deu a gestação (se ocorreu enquanto se utilizava algum método contraceptivo, especialmente DIU);

- Se há gestações ou abortos anteriores;

- Se há suspeita de gravidez ectópica ou gestação molar;

- Se há condições pré-existentes graves ou instáveis, anemia, antecedentes de transtornos da coagulação ou tratamento com anticoagulante;

- Se há reações alérgicas a medicamentos como o Misoprostol;

- Se o interesse em interromper a gestação é genuinamente da pessoa que gesta (caso se perceba que há alguma forma de pressão ou coerção, elucidar a paciente sobre a possibilidade de tratar-se de violência sexual ou outro tipo de violência passível de denúncia às autoridades).

Nesse sentido, recomenda-se que o programa de redução de danos observe os seguintes princípios[87, 88, 89]:

- ***Empatia, neutralidade, cientificidade e respeito à diversidade;***

- ***Promoção dos princípios dos Direitos Humanos: todos e todas têm direito a cuidados dignos e sem preconceito;***

- ***Direito à informação integral e acessível;***

- ***Ética e profissionalismo em saúde: não maleficência; beneficência, justiça e autonomia.***

É muito importante que essa orientação seja feita de forma imparcial, no intuito de não interferir indevidamente na vontade da pessoa que gesta e de preservar a autonomia e a integridade desta.

87 Lei Municipal n. 13.481 de 2008, que institui o "Programa Municipal de Prevenção e Redução de Danos Decorrentes do Aborto Ilícito e Inseguro". Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/2008/1349/13481/lei-ordinaria-n-13481-2008-institui-o-programa-municipal-de-prevencao-e-reducao-de-danos-decorrentes-do-aborto-ilicito-e-insegur>.
88 HYMAN, A. et al. Misoprostol in women's hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion. *Contraception*, v. 87, n. 2, pp. 128-130. 2013.
89 WORLD HEALTH ORGANIZATION/PAHO. *Changing relationships in the health care context: the Uruguayan model for reducing the risk and harm of unsafe abortions*. 2012.

imparcialidade na transmissão da informação:

Requer que todos os riscos do aborto ilícito e inseguro – inclusive os impedimentos legais – sejam apresentados, para que a pessoa que gesta tome uma decisão consciente e de fato informada. Deve-se atentar a fornecer:

• Orientações baseadas em evidências e nas melhores práticas sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva;

• Espaço aberto à reflexão e propício à tomada de decisão livre e informada;

• Informações baseadas em evidências sobre riscos do aborto ilegal e inseguro (hemorragia, infecção e até óbito) e sobre sintomas de alerta, assim como garantia de cuidados caso necessite;

• Informações sobre a segurança e a efetividade do aborto medicamentoso/farmacológico feito em condições seguras;

• Informações sobre métodos contraceptivos existentes e disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde;

• Informações sobre a rede de proteção social e de direitos acerca da gestação, bem como a possibilidade de entrega para adoção.

• Oferta de mediação de conflitos.

Todas as medidas e orientações para a inclusão da paciente no sistema de saúde devem ser adotadas. Orienta-se ressaltar, também, que a gravidez é uma condição que inerentemente traz riscos à saúde e à vida das pessoas que gestam, principalmente as muito jovens[90, 91, 92].

É necessário que a pessoa que gesta receba todas as informações capazes de evitar riscos, tais como:

• O atual estágio de sua gestação, a forma de se computar as etapas gestacionais e os sintomas e riscos de cada fase da gravidez. Tais dados a auxiliarão na leitura de outras informações que ela venha a buscar[93].

• Danos à saúde provocados pela interrupção da gestação realizada de maneira inadequada, no intuito de evitar posteriores complicações ou até óbito. O uso de métodos sem comprovação científica deve ser desaconselhado.

90 CONDE-AGUDELO, A; BELIZÁN, J.M; LAMMERS, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2005.
91 TROMMLEROVÁ SK. When children have children: The effects of child marriages and teenage pregnancies on early childhood mortality in Bangladesh. *Economics and Human Biology*. 2020.
92 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt>.
93 Como é feito um aborto seguro? *AzMina*. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/como-e-feito-um-aborto-seguro>.

De acordo com o documento "Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres", do Ministério da Saúde, recomenda-se:

• Orientar a paciente sobre as consequências e fatores relacionados a um abortamento inseguro: clínicas não equipadas, profissionais não capacitados, método empregado, idade gestacional;

• Conversar e orientar acerca dos métodos que colocam a vida das mulheres em maior risco:
- inserção de substâncias ou objetos (uma raiz, um galho, um cateter) no útero;
- dilatação e curetagem feitas de forma incorreta por profissional não capacitado;
- ingestão de preparos caseiros;
- aplicação de força externa;
- ausência de condições mínimas de segurança para o uso do Misoprostol, caso em que o uso do medicamento deverá ser desaconselhado.

• Oferecer informações concernentes ao abortamento medicamentoso, especialmente quando constantes de orientações de autoridades sanitárias nacionais e internacionais.

Pode ser recomendada a leitura dos seguintes documentos: o Protocolo do Misoprostol do Ministério da Saúde, que assegura a segurança e a eficácia do fármaco para a interrupção de gestações; a Norma Técnica de Atenção ao Abortamento Humanizado (p. 35); o Guia da OMS para o abortamento seguro (p. 4); o documento "Misoprostol sozinho – Regimes Recomendados 2017", da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), que traz esquemas de uso do Misoprostol (p. 365 e na figura 1); e, por fim, da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que elucida o procedimento de abortamento (p. 76)[94].

Informar a paciente sobre a existência de organizações que trabalham para reduzir riscos de um aborto feito fora das hipóteses legais também pode fazer parte de uma prática médica ética que reduz danos à saúde, assegura a autonomia das mulheres e garante direitos fundamentais. Toda decisão deve ser informada e refletida[95].

Atenção! Há de se ter cuidado para que as orientações passadas, além de imparciais, não configurem prescrições da ou do profissional de saúde. Nesse sentido, aconselha-se informar a paciente sobre **como** obter tais informações, ao invés de nomear expressamente serviços e contatos. Recomenda-se que sejam registradas em prontuário apenas as informações relevantes para o cuidado e que toda a comunicação com a paciente possa ser mantida protegida pelo sigilo.

A tipificação do aborto como crime (art. 124 do Código Penal) também deve ser alertada à paciente. A paciente deverá ser informada, ainda, sobre direitos que terá caso decida levar a gestação adiante, como a entrega do nascido ao serviço de adoção, bem como a forma de fazê-lo, orientando-a a buscar o Conselho Tutelar local[96].

Para evitar riscos de novas gestações não planejadas e abortos inseguros, é de extrema importância alertar para o uso de métodos contraceptivos. Recomenda-se avaliação adequada, inclusive com averiguação do histórico em contracepção da paciente, para poder já orientá-la para o uso daquele que seja mais adequado de acordo com sua preferência. Caso haja acompanhamento psicológico no serviço de saúde ou em outra localidade, realizar o encaminhamento. No mesmo sentido, é importante agendar ou reforçar a importância de um retorno ao serviço de saúde.

---

94 BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de uso do Misoprostol. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Protocolo-misoprostol.pdf>.
BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Atenção ao Abortamento Humanizado* (2011), que traz esquemas de uso do Misoprostol. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>.
INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. *Misoprostol sozinho. Regimes Recomendados*. 2017. Disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-03/FIGO%20Dosage%20Chart%20%20-%20PORTUGUESE.pdf>.
MORRIS, J. L. et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 138, n. 3, p. 363–366, set. 2017. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12181>
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=366994F6F6F672BDAAD891F468BC7FBC?sequence=7>.
BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>.
CAMPOS, D. A. de. *Manual de Redução de Danos – Abortamento Inseguro*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8krYRPSUsU>.

95 *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Uruguai, 2004. Disponível em: <https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/iniciat-medcontabort.html>.
Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Uruguai, 2002. Disponível em: <https://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf>.

96 Art. 19-A do Estatuto da Criança e do Adolescente: "A gestante ou mãe que manifeste interesse em entregar seu filho para adoção, antes ou logo após o nascimento, será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude".
Lei de 5 de janeiro de 2021, do Ministério Público do Paraná, da entrega voluntária para adoção, que beneficia crianças e mães biológicas. Disponível em: <https://mppr.mp.br/2021/01/23315,10/Lei-da-entrega-voluntaria-para-adocao-beneficia-criancas-e-maes-biologicas.html>.

6.1. SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES:

1. Realizar preparação ao atendimento, com escuta empática da pessoa que gesta, sem pressupor como ela se sente sobre aquela gravidez;

2. Informar sobre o sigilo médico e assegurar que a ou o paciente o compreenda. Para tanto, recomenda-se que a ou o profissional de saúde pergunte expressamente se a informação do sigilo médico foi compreendida;

3. Realizar atendimento inicial, no qual deve-se avaliar como a pessoa que gesta se sente com relação à gravidez. Orientar a paciente, caso haja vontade de prosseguimento com a gestação ou após verificação de que não há risco de abortamento, para os cuidados com a saúde durante a gravidez e para a realização do pré-natal;

4. Não havendo desejo de prosseguimento da gravidez, e não se enquadrando a pessoa que gesta nas hipóteses de aborto legal, avaliar risco de abortamento. Se houver, iniciar a avaliação clínica da ou do paciente: aferição de idade gestacional e demais condições para o abortamento farmacológico;

5. Expressando a pessoa que gesta seu desejo de interromper a gestação, informá-la caso esta não reúna as condições para um abortamento seguro;

6. Caso a pessoa que gesta reúna as condições para interromper de forma segura a gestação, informá-la acerca da ilegalidade do procedimento, dos riscos do abortamento com métodos não baseados em evidências científicas, das possíveis complicações e da possibilidade de entrega do nascido para adoção;

7. Se a pessoa que gesta mostrar interesse em prosseguir com a interrupção, explicar-lhe o procedimento de abortamento farmacológico (entendendo ser esta a única via recomendada nessas situações e visando à redução de riscos), as formas de administração do medicamento Misoprostol, a proibição de sua venda fora de ambiente hospitalar, efeitos esperados e como identificar uma situação de emergência;

8. Indicar checagem de materiais informativos, tais como as normas técnicas editadas pelo Ministério da Saúde, e de como buscar por serviços que auxiliem na redução de danos;

9. Garantir que a pessoa que gesta tenha compreendido as informações, especialmente quanto à ilegalidade do aborto, de seus riscos e da atenção para hipóteses de emergência em que se deve recorrer a um serviço de saúde;

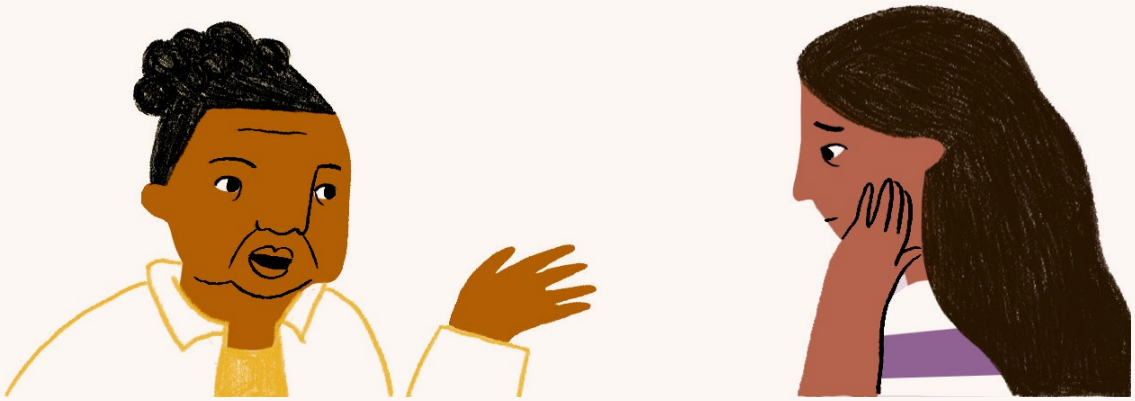
10. Orientar para contracepção e possibilidade de acompanhamento psicossocial. Encorajar retorno ao serviço.

6.2. SUGESTÃO DE ROTEIRO DE CONVERSA

Neste momento, **o ou a profissional da saúde já terá identificado que se trata de gestação indesejada e de que há grandes chances de que a pessoa que gesta se submeta a riscos**. Diante dessa situação, é preciso se certificar de que as informações fornecidas compõem a estratégia de redução de riscos e não representam interferência indevida na vontade da ou do paciente, sendo protegidas pelo direito à saúde. Todo profissional deve se lembrar que seu objetivo é reduzir riscos associados e isso está em conformidade com a lei, pois não haverá atuação no procedimento ou na oferta de medicamentos de modo ilegal, mas apenas na garantia do direito à informação.

Tem dúvidas sobre como abordar esses assuntos com a ou o paciente?
Aqui vai uma sugestão de roteiro de conversa:

Exercer autonomia sobre o próprio corpo e decisões reprodutivas no Brasil infelizmente é muito difícil para as mulheres. No país, o aborto só é permitido em três situações: em caso de risco de vida à pessoa que gesta, em caso de gravidez resultante de estupro ou se o feto for anencéfalo (Malformação severa do cérebro) ou tiver outra condição que o impeça de sobreviver fora do útero. Nesses casos, você consegue interromper a gestação em hospital público ou privado. Em qualquer outro caso, o aborto ainda é considerado crime. O Brasil ainda é bastante restrito no assunto, mas vários países – como França, Argentina e Inglaterra –permitem que a mulher escolha pelo aborto. Não é um procedimento difícil ou inseguro quando feito com cuidados e da forma correta. Quando feito no primeiro trimestre (primeiras 12 semanas de gravidez) e com o devido acompanhamento, os riscos são muito pequenos.



Antes de qualquer decisão nesse sentido, é sempre importante lembrar que existem alternativas. A entrega do nascido para adoção é uma delas, e não é crime no Brasil. Caso tenha interesse em seguir com essa opção, podemos orientá-la e tratar do pré-natal.

Com relação a uma interrupção segura da gravidez, quando há restrições legais, a forma mais indicada de se fazer é com medicamentos. Essa é a recomendação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. VOCÊ PODE ENCONTRAR MAIS INFORMAÇÕES A RESPEITO NO PROTOCOLO DO MISOPROSTOL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE e na NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO HUMANIZADO, também do Ministério da Saúde; no GUIA DA OMS PARA O ABORTAMENTO SEGURO; e no documento REGIMES RECOMENDADOS DA FIGO. Todos são fáceis de se encontrar na internet e podem te dar uma ideia melhor sobre como é feito o procedimento. Se buscar pelo termo "aborto" na Revista AzMina, também encontrará materiais que podem ajudar.

Mais uma vez, preciso te lembrar de que o aborto no Brasil infelizmente ainda é considerado crime na maioria dos casos. Caso ainda se queira dar seguimento ao aborto fora dos casos previstos em lei, não é recomendado de jeito nenhum que se usem métodos com introdução de objetos dentro do útero, como agulhas ou substâncias cáusticas, procedimentos como a dilatação e curetagem, ou aplicação de força externa. Isso é muito perigoso e pode causar sangramentos graves e infecções, colocando sua vida em risco. Não aceite medicamentos injetáveis nem comprimidos que não consiga identificar o que são.

Quando uma pessoa está decidida a abortar fora dos casos previstos em lei, a forma mais segura de realizar o abortamento é com o uso do Misoprostol, também conhecido pela marca Cytotec, que aqui no Brasil é encontrado apenas em hospitais ou no mercado clandestino. É um medicamento usado para úlceras gástricas, controle de hemorragias pós-parto e indução de partos e ainda em casos de abortamentos incompletos e de abortamentos legais. Como a venda do Misoprostol é proibida, é preciso ter muito cuidado ao tentar comprar de pessoas que o vendem de forma ilegal, pois o medicamento pode ter sido adulterado e isso tem o potencial de causar danos ou de apenas não oferecer o efeito desejado.

O remédio real pode ser utilizado deixando-o dissolver ou embaixo da língua, ou entre a bochecha e a gengiva, ou pela via vaginal. É preciso escolher apenas uma dessas vias: se começar com uma, é necessário seguir com ela. Em contextos em que o aborto é restrito, costuma-se recomendar o uso do remédio embaixo da língua ou na bochecha.

Algumas horas depois de começar com a medicação, a pessoa costuma apresentar cólica e sangramento, como se fosse uma menstruação intensa, que pode durar apenas algumas horas ou se prolongar por alguns dias. É normal. Pode também ter enjoo, diarreia, calafrios e febre baixa de curta duração. Para alívio da dor, analgésicos como o Ibuprofeno (se não houver alergia a ele ou alguma contraindicação) e compressas mornas na barriga são uma boa solução. Hidratar-se com frequência, bebendo água ou sucos e chás, também pode ajudar.

É importante estar alerta aos sintomas. Se a pessoa tiver um sangramento muito intenso, que encharca dois absorventes noturnos por hora durante duas horas consecutivas e/ou que a deixa fraca, com a sensação de pressão baixa, é sinal para procurar imediatamente atendimento médico, informando que está grávida, mas que começou a ter um sangramento. Se apresentar corrimento com cheiro forte e desagradável, dor intensa na barriga que não passa, febre que dura mais de 24 horas, ou algum outro sintoma que não melhora, também é preciso procurar atenção médica imediatamente.

Lembre-se sempre de que, em caso de emergência, VOCÊ TEM DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE SEM ESTIGMA OU DISCRIMINAÇÃO, como qualquer mulher que tenha um aborto espontâneo. NÃO ADIE A PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE caso perceba os sinais de alerta. Informe que teve uma gravidez diagnosticada e todos os sintomas que está sentindo. VOCÊ NÃO PRECISA INFORMAR NADA MAIS, NEM É OBRIGADA A DIZER ALGO QUE TE PREJUDIQUE. O aborto farmacológico (com medicamentos) e o aborto espontâneo acontecem da mesma maneira no corpo da mulher.

Esse pode ser um processo muito intenso e solitário. Por isso, conversar com alguém de confiança pode ser uma importante fonte de apoio. Em todo caso, recomenda-se que as comunicações sejam feitas com cuidado, ao mínimo de pessoas possível, e que não haja registros de nada que envolva o procedimento. Também podemos considerar um encaminhamento para serviços psicossociais e a escolha de um método contraceptivo em um momento adequado. Não deixe de voltar ao serviço assim que possível, pois também DEVEMOS GARANTIR A VOCÊ TODOS OS CUIDADOS QUE POSSA VIR A NECESSITAR CASO HAJA SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTAMENTO. Assim, é importante que o retorno seja marcado para reavaliação.

7. RETORNO AO SERVIÇO

Pacientes que abortam dentro ou fora das previsões legais devem ser encorajadas a retornarem aos serviços. A inclusão nos serviços de saúde é um dos objetivos de estratégias de redução de danos, assim como está previsto nos protocolos nacionais. O acompanhamento e acolhimento pós-abortamento deve ser humanizado e incluir os cuidados necessários[97].

Em razão de sua tipificação como crime e do estigma que a nomenclatura carrega, sugere-se que no atendimento se evite o uso do termo "aborto". Quando adequado, fazer uso de termos como "sangramento uterino". Da mesma forma, recomenda-se, se possível, que o atendimento seja feito de forma reservada.

PERGUNTAS COMO **"VOCÊ SABIA QUE ESTAVA GRÁVIDA?", "VOCÊ TENTOU INTERROMPER A GESTAÇÃO?", "VOCÊ FEZ USO DE SUBSTÂNCIAS ABORTIVAS?"** OU QUAISQUER OUTRAS QUE INDUZAM A QUALQUER TIPO DE CONFISSÃO QUANTO AOS MOTIVOS QUE LEVARAM A PACIENTE À SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTO SÃO DESENCORAJADAS.

Deve-se alertar a paciente para o uso de métodos contraceptivos e selecionar aquele que mais se adequa ao seu perfil e, caso haja acompanhamento psicológico no serviço de saúde ou em outra localidade, deve-se realizar o encaminhamento.

8. REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO

A forma como será preenchido o prontuário ficará **a critério médico**, sempre devendo-se observar o disposto no § 1º do art. 87 do Código de Ética Médica[98] e respeitar as escolhas feitas pela ou pelo paciente. Como mencionado anteriormente, recomenda-se que sejam registradas em prontuário apenas as informações relevantes para o cuidado e que toda a comunicação com a pessoa que gesta possa ser mantida protegida pelo sigilo.

Quanto à adequação à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão, entende-se que, como o acolhimento pós-aborto não faz diferenciação e não pode comprovar em que tipo de situação ocorreu o CID 10 O06 (aborto não especificado) e suas subcategorias, não se exige que seja feita qualquer distinção entre os motivos relacionados à interrupção da gestação. A necessidade de se atribuir CID 10 ao desfecho de uma gravidez não obriga que seja explicitado o caráter do abortamento, se espontâneo ou provocado. O mesmo se aplica quando se utiliza a segunda edição da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2)[99], de acordo com o qual a codificação de hemorragia intermenstrual (X08) e a de outros problemas da gravidez/parto (W99) podem ser compreendidas como adequadas em certas situações.

Quanto a eventual investigação por crime de aborto, por mais que possa haver a requisição judicial do prontuário de mulher suspeita de cometer o crime, a sua entrega pelo profissional não é obrigatória – em virtude do sigilo ético e legal a que os médicos estão submetidos – e tal compromisso deverá ser esclarecido à autoridade judicial ou policial ou ao Ministério Público (vide, na seção seguinte, resposta à requisição de prontuário e anotações médicas). Caso não se acolha a ressalva do sigilo médico, orienta-se que o prontuário seja posto à disposição de perito médico legal indicado, para que este examine o conteúdo do prontuário apenas no que diz respeito ao que interessa à apuração do fato, guardado o sigilo pericial, evitando ao máximo fazê-lo quando isso implique procedimento criminal contra a própria paciente.

---

97 Ver notas 47 e 48.
WORLD HEALTH ORGANIZATION/PAHO. *Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*. 2012.
98 "O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina".
99 WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família). *Classificação Internacional de Atenção Primária* (CIAP). 2. ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf>.

PRINCIPAIS QUESTÕES JURÍDICAS

Nesta seção, buscamos responder às principais dúvidas jurídicas de profissionais da Atenção Primária em Saúde para a adoção de estratégias de redução de danos em casos de gravidez indesejada.

1. PROFISSIONAIS DE SAÚDE PODEM ATUAR DE ACORDO COM ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS PARA O ABORTO INSEGURO?

Sim. Como já elucidado, a Lei do SUS prevê a redução de riscos de doenças e de outros agravos. No "Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres"[100], o Ministério da Saúde já contempla essa questão com recomendações de verificação explícita sobre o risco de abortamento em situações de gravidez indesejada. Há orientações para profissionais da medicina e da enfermagem sobre a conduta e a avaliação a serem feitas nesses casos. Assim, essa atuação por parte do e da profissional de saúde é respaldada pelas recomendações técnicas do Ministério.

A título de comparação, pode ser interessante percorrer também a trajetória da política de redução de danos para o uso de substâncias ilícitas. Essa política foi, inicialmente, rejeitada com base em uma interpretação equivocada dos tipos penais da Lei de Entorpecentes, que a entendia como uma colaboração com a atividade ilícita. Contudo, na medida em que o uso de drogas é um fato social, percebeu-se que a política de tolerância zero não é capaz de proteger a saúde pública e de reduzir o consumo dessas substâncias[101]. A criminalização, em vez de reduzir, acaba por causar ainda mais danos para a saúde pública. Havendo essa compreensão, a redução de danos começou a influenciar a produção legislativa, multiplicando-se em leis de diversos estados que, legitimando a proposta, protegiam profissionais de saúde de sanções penais. **Atualmente, há, inclusive, previsão de "redução de riscos e de danos sociais e à saúde" na Lei de Drogas.**

Do mesmo modo, no caso do aborto inseguro, a criminalização não só não tem sido capaz de evitá-lo, como também produz altas taxas de morbimortalidade de mulheres em idade reprodutiva nos países que possuem legislações restritivas, como o Brasil. Como já declarou o Ministério da Saúde em audiência no STF, essas mortes são completamente evitáveis[102].

O paradigma da redução de danos tem o objetivo de proteger a saúde e a vida das pessoas, razão pela qual não pode ser enquadrada como apologia ao crime. Tal abordagem está **amparada na proteção de princípios e direitos fundamentais à saúde, à integridade física e psíquica, à autonomia, à intimidade, à vida privada e à dignidade da pessoa humana, que garante a ela a capacidade de agir livremente de acordo com suas convicções, desde que não cause danos a outros.**

Como prevê, corretamente, a **Portaria n. 1.028/05 do Ministério da Saúde**, que trata da "redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas", a **redução de danos não está associada à intervenção na oferta ou no consumo dessas substâncias**, conduta essa ilícita. Pelo contrário, a redução de danos engloba o incentivo a comportamentos mais seguros, mediante o acesso à informação, à educação e ao aconselhamento, além da assistência social.

A redução de danos no caso do aborto também está de acordo com a lei, pois não viola a proibição de que médicas ou médicos participem direta ou indiretamente da prática do aborto[103]. **As medidas não são pró-aborto, mas, sim, pró-informação**, voltadas inclusive a verificar se a decisão da mulher está adequadamente informada e apoiada e a evitar a prática de futuros abortos, por meio do acesso a informações sobre contraceptivos e a outras relevantes para a tomada de decisões reprodutivas livres de violência e coerção. Quando não há uma política de

100 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 230 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>.
101 CARVALHO, D. B. B. de; PAULINO, F. O; CHAIBUB, J. R. W. *Caso: A Legislação Penal e a Prática de Redução de Danos à Saúde pelo Uso de Drogas no Brasil*. Brasília: Casoteca Latino-americana de Direitos e Política Pública, 2006. Disponível em: <https://direitosp.fgv.br/sites/direitosp.fgv.br/files/notadeensinofinalreducaodedanosbra.pdf>.
102 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Audiência Pública. Interrupção Voluntária da Gravidez. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2018. Disponível em: <www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/TranscricaoInterrupovoluntriadagravidez.pdf>.
103 BRIOZZO, Leonel. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2002.

acolhimento a essas mulheres, elas não chegam aos serviços de saúde e, portanto, não falam sobre os problemas que teriam levado àquela gestação indesejada. Assim, não recebem informações sobre saúde sexual e reprodutiva que evitem a possibilidade de um novo aborto.

Com esse embasamento legal, em 2008, a Câmara Municipal de Campinas publicou a Lei Municipal n. 13.481/08, que institui o Programa Municipal de Prevenção e Redução de Danos Decorrentes do Aborto Ilícito e Inseguro. A Lei acolhe a definição de redução de danos como "a estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco" e prevê os seguintes pontos: acolhimento pautado em empatia, neutralidade, cientificidade e respeito à diversidade; um espaço que possibilite a tomada de decisão mais consciente; informação sobre riscos e danos decorrentes do aborto ilícito e inseguro; prevenção do aborto ilícito e inseguro (art. 2º); e redução de mortalidade e comorbidades decorrentes do aborto ilícito e inseguro (art. 3º).

A redução de danos encontra fundamento legal, ainda, na Lei de Planejamento Familiar (art. 4º), que prevê o acesso igualitário às informações disponíveis nesta matéria. Vale lembrar que as mais afetadas pela falta de acesso à informação e por abortos inseguros são pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis, enquanto pessoas favorecidas conseguem acessar com mais facilidade informações atualizadas capazes de evitar que elas morram. Sabemos que essas informações, apesar de serem acessadas de forma desigual devido a barreiras socioeconômicas, são conhecidas pela ciência e estão amplamente disponíveis. Com isso, o que poderia consistir em violação é, na verdade, a omissão diante da possibilidade de mitigar esses riscos[104].

É importante reforçar que o Código de Ética Médica veda que o médico cause dano a pacientes por omissão (Capítulo III, Art. 1º) e define como princípio da prática da medicina o uso do melhor progresso científico em benefício de pacientes e da sociedade (Princípio V). Assim, fica esclarecido que condutas e abordagens no âmbito da saúde que contemplam redução de danos têm embasamento constitucional, legal, técnico e ético no nosso país.

2. O MÉDICO OU A MÉDICA PODE SER INCRIMINADO OU INCRIMINADA POR FORNECER INFORMAÇÕES SOBRE ABORTO NA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS? É POSSÍVEL ENQUADRAR A CONDUTA COMO AUXÍLIO AO ABORTO, APOLOGIA AO CRIME OU INCITAÇÃO AO CRIME?

Como já exposto, há uma consistente base legal, científica e ética para a estratégia de redução de danos como componente dos cuidados em saúde. Como reconhece o Ministério da Saúde, a redução de danos não está associada à intervenção para a ocorrência de prática criminosa, algo que é vedado. Analogamente, tal interpretação deve ser estendida à redução de danos nos casos de aborto. Por essa conduta, entende-se que o e a profissional de saúde estão apenas fornecendo informações para reduzir riscos de saúde quando já verificada a situação de gravidez indesejada e inclinação para a adoção de condutas de risco, **sem jamais intervir para a ocorrência de qualquer prática criminosa**. As informações são fornecidas de modo integral, ou seja, abrangendo não apenas o procedimento de aborto, como também alternativas à interrupção da gestação e formas de prevenção de novas gestações não planejadas. A finalidade, a imparcialidade e a integralidade com que são fornecidas as informações, bem como a não concorrência do profissional de saúde na realização de um aborto ilícito ou na oferta de medicamento em desconformidade com a lei, tornam ainda mais desarrazoado qualquer enquadramento penal da conduta.

Uma vez que não há que se falar em vontade clara de incitar o cometimento de um delito, não é possível enquadrar a conduta no tipo penal de incitação ao crime (art. 288), que, em sua redação, requer, ainda, que a conduta seja realizada de forma pública. A doutrina penal entende que (i) a vontade consciente de incitar deve estar muito clara e que (ii) exposições feitas em locais privados, para um número limitado de pessoas, não são públicas e, portanto, não caracterizam incitação ao crime[105, 106]. Tanto a conduta de incitação como a de apologia ao crime (art. 287) são crimes contra a paz pública, de modo que a adequação típica da segunda também depende do elemento normativo da publicidade. O segundo tipo penal é ainda menos aplicável ao caso, haja vista que a conduta de redução de danos não envolve exaltação, elogios ou enaltecimentos de condutas criminosas. Para a caracterização dessa conduta, sequer basta a defesa do fato ou explicação das razões da conduta, sendo necessária a glorificação e a exaltação do fato criminoso. A apologia ao crime refere-se a uma incitação ainda mais ardilosa[107].

---

104 BRIOZZO, Leonel. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2002.
105 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Crimes contra a dignidade sexual até crimes contra a fé pública*. 14. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. (Coleção Tratado de Direito Penal, v. 4.)
106 PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal Brasileiro: volume único*. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.
107 PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal Brasileiro: volume único*. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

O Ministério Público (MP) do Estado de São Paulo, ao tratar da "explanação sobre os métodos de aborto" no sítio eletrônico Azmina.com.br, ressaltou que a apologia apenas se vislumbra quando a autora ou o autor das declarações instiga, provoca ou estima a realização do crime. Citando Victor Eduardo Rios Gonçalves, o MP apontou que apologia pressupõe elogio inequívoco e perigoso, que "não se configura quando alguém apenas narra o fato ou se limita a tentar justificar as razões do criminoso". Igualmente, o MP entendeu que a conduta não se amolda à incitação ao crime, ainda que, por exemplo, apresente um conteúdo crítico com relação à criminalização do aborto.

Tampouco é possível falar em participação no crime de autoaborto, tendo em vista que não há instigação, indução ou auxílio para que a mulher pratique o aborto[108]. Em primeiro lugar, o médico ou a médica não está criando ou animando a ideia do crime, nem prestando auxílio material para que a paciente aja. **Vale lembrar que o mero conhecimento da potencialidade do crime não consiste em participação**. Consideram-se partícipes, "por exemplo, os amigos ou os familiares que incentivam verbalmente a gestante a ingerir medicamento abortivo, o namorado que para ela o adquire, o farmacêutico que, ciente da finalidade criminosa, vende a substância de uso controlado, ou, ainda, o médico que prescreve a substância a pedido da gestante que quer abortar[109].

A mera exposição de recomendações científicas internacionalmente reconhecidas e acatadas por autoridades de saúde pública de diversos países com relação ao procedimento de aborto e aos riscos e benefícios deste não implica em instigação, apologia ou auxílio ao crime de aborto, em especial no contexto em questão, em que essas recomendações são expostas de forma neutra e imparcial, visando à livre e informada escolha, com a exposição, inclusive, de riscos que podem decorrer da prática ilícita e insegura. **Vale lembrar que, por outro lado, a interferência indevida do médico na tomada de decisão da paciente é vedada pela Ética Médica.**

Nesse sentido, é muito importante que as médicas e os médicos tenham cuidado ao expor as recomendações à ou ao paciente, no intuito de preservar a autonomia e a integridade. A imparcialidade requer que todos os riscos do aborto ilícito e inseguro sejam apresentados, para que a pessoa que gesta tome uma decisão consciente e de fato informada. Da mesma maneira, todos os riscos de prosseguimento da gestação também devem ser explicitados, especialmente para aquelas mais jovens. Uma orientação que se restringisse a indicar os riscos do aborto inseguro tampouco seria imparcial[110].

Nesse sentido, **reforça-se a recomendação de que o programa de redução de danos observe cuidadosamente os seguintes princípios: empatia, neutralidade e cientificidade; orientações baseadas em evidências sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva; espaço aberto à reflexão e propício à tomada de decisão livre e informada; informações baseadas em evidências sobre riscos do aborto ilegal e inseguro; educação sobre métodos contraceptivos existentes e disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde; tratamento e prevenção do aborto ilegal e inseguro; e inclusão da mulher em situação de risco ou dano no sistema de saúde para acompanhamento, cuidado pré-natal, cuidado pós-aborto e outros cuidados de acordo com o caso.**

3. COMO FAZER O REGISTRO DE ABORTO INDUZIDO NO PRONTUÁRIO MÉDICO?

Recomenda-se que o registro em prontuário seja feito sempre de acordo com o disposto no art. 87, § 1°, do Código de Ética Médica, segundo o qual devem ser registrados todos os dados clínicos necessários para a boa condução do caso. Assim, **devem ser registradas em prontuário apenas as informações relevantes para o cuidado em saúde e toda a comunicação com a paciente deve ser mantida em sigilo. Achados ou relatos que possam ser compreendidos como prova ou confissão de um suposto crime devem ser descritos somente se forem relevantes para o cuidado clínico, sempre de forma cautelosa e objetiva.**

Lembre-se! De acordo com o art. 207 do Código de Processo Penal, são proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se forem desobrigadas pela parte interessada e quiserem dar o seu testemunho.

---

108 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Crimes contra a dignidade sexual até crimes contra a fé pública*. 14. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. (Coleção Tratado de Direito Penal, v. 4.)

109 GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. *Curso de Direito Penal*, v. 2. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. 744 p.

110 No Caderno de Atenção Básica n. 32, destaque-se a necessidade de atenção diferenciada às adolescentes (seção 5.12.2), inclusive explicitando que "é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais" (p. 136)
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>.

Não há necessidade de que seja feita em prontuário a distinção entre o aborto espontâneo ou induzido e tampouco que sejam mencionados motivos pessoais que levaram à interrupção da gestação. É importante lembrar que recai sobre o e a profissional de saúde a responsabilidade de não violar, ainda que inadvertidamente, a privacidade da paciente.

Importante! O Superior Tribunal de Justiça já entendeu que detalhes da doença e complicações outras que envolvam a intimidade da paciente estão **absolutamente protegidas pelo sigilo médico**. Seguindo o entendimento do tribunal, ainda que a informação sobre aborto constasse no prontuário e este fosse apresentado à justiça, **em hipótese alguma detalhes sobre o procedimento poderiam ser utilizados para incriminar a paciente**[111].

4. A JUSTIÇA PODE REQUERER PRONTUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE DE PACIENTE SUSPEITA OU SUSPEITO DE TER PROVOCADO UM ABORTO?

A justiça pode requerer, mas a regra é o sigilo médico e, portanto, **serviço e profissionais de saúde não apenas podem, como devem recusar a entrega** (ver anexo "Resposta à requisição de prontuário e anotações médicas"), exceto quando houver consentimento informado da própria ou do próprio paciente[112, 113, 114]. A proteção ao sigilo dos prontuários é expressa no Código de Ética Médica e na jurisprudência, além de ser tutelada pela Lei de Contravenções Penais (art. 66) e pelo Código Penal brasileiro (art. 154), que caracterizam, respectivamente, como contravenção penal a revelação de informações médicas que possam expor paciente a procedimento criminal e como crime a violação de segredo profissional. Diante da proteção legal conferida ao sigilo profissional, **investigações e provas que decorram de quebra de sigilo médico deverão ser consideradas nulas, uma vez que foram obtidas de maneira ilícita ou ilegal.**

o que fazer se a justiça exigir o prontuário médico?

RECUSAR O RECEBIMENTO DO PEDIDO E DECLINAR DE FORNECER QUALQUER DADO, ALEGANDO IMPEDIMENTO LEGAL E ÉTICO

(ver anexo "Resposta à requisição de prontuário e anotações médicas").

Em último caso, o que pode ocorrer é a entrega do prontuário a perito nomeado pelo judiciário, desde que isso não possa implicar responsabilização contra paciente. Nesse caso, a análise estará restrita aos fatos em questionamento[115].

O Código de Ética Médica, além de dispor, no parágrafo único do art. 73-C, da normativa, que a proibição de revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão permanecerá ainda que haja investigação de suspeita de crime, **prevê proteções específicas ao prontuário médico**. O art. 85 do código dispõe que **é vedado à médica ou ao médico permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando estes estão sob sua responsabilidade**. O art. 89, que reforça a regra do sigilo médico, em seu § 2º, determina que, quando o prontuário for apresentado na defesa do próprio profissional, este deverá solicitar que seja observado o sigilo para proteção de pacientes.

---

111 Superior Tribunal de Justiça, RMS 14134/CE, Rel. Min. Eliana Calmon, Julgado em 25 de junho de 2002 e publicado em 16 de setembro de 2002.
112 MARQUES, Roberta Fernandes Remédio. Requisição de prontuário ou ficha clínica no Brasil (Justiça, Ministério Público e Polícia) x Sigilo Médico. *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário*, v. 5, supl. 1:129-142. Brasília, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i0.346>.
113 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1.605/2000. Revelação de conteúdo de prontuário ou ficha médica*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605_2000.htm>.
114 Art. 4º: "Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento".
115 Ver nota 117.

No que tange à jurisprudência, no Habeas Corpus n. 39.308, o Supremo Tribunal Federal entendeu que "constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais". Na oportunidade, o Ministro Luiz Gallotti assentou que "no choque entre os dois interesses sociais – o que liga ao resguardo e o correspondente à repressão do crime – a lei dá prevalência ao primeiro"[116]. O mesmo tribunal, ao tratar da negativa de disponibilizar o prontuário feita por diretor da Santa Casa de São Paulo, em caso relativo ao aborto, foi expresso no sentido de que "a requisição judicial em causa é ilegal, por afetar o respeito devido ao sigilo profissional"[117]. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, também em caso que tratava do crime de aborto, entendeu que são ilícitas provas obtidas por meio de violação de sigilo profissional[118].

Seguindo o que diz a Constituição Federal, o arcabouço legal em vigor, o Código de Ética Médica e a jurisprudência, **Conselhos de Medicina já se posicionaram no sentido de que a médica ou o médico está impedido de entregar o prontuário caso isso implique procedimento criminal contra pacientes**[119]:

Conselho Federal de Medicina – resolução N. 1.605/2000: Revelação de Conteúdo de Prontuário ou Ficha Médica

Nos termos do art. 269 do Código Penal e do art. 66, I e II, da Lei de Contravenções Penais, a médica ou o médico tem o dever de notificar apenas doenças de comunicação obrigatória para fins estatísticos e, excepcionalmente, crimes de ação penal pública incondicionada, desde que isso não implique procedimento criminal contra a ou o paciente[120].

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Consulta n. 24.292/00:
O segredo médico diante de uma situação de aborto
Ao ter ciência de tentativa de aborto da ou do paciente, a médica ou o médico não poderá revelar o fato às autoridades policiais e/ou judiciais, posto que a comunicação ensejará procedimento criminal contra a pessoa que gesta[121].

116 STF. Tribunal Pleno. HC 39.308. Relator: Min. Pedro Chaves. DJ 06-12-1962.
117 STF. RE 91.218/SP. Órgão Julgador: Segunda Turma. Relator: Min. Djaci Falcão. Julgamento: 10/11/1981, DJ 16/04/1982, p. 13407.
118 TJSP. 15ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo. Habeas Corpus n. 2188896-03.2017.8.26.0000. Des. Relatora: Kenarik Boujikian. Julgado em 8 de março de 2018.
119 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.605/2000. Revelação de conteúdo de prontuário ou ficha médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605_2000.htm>.
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. *Consulta n. 24.292/00. O segredo médico diante de uma situação de aborto*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2000/24292>.
120 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.605/2000. *Revelação de conteúdo de prontuário ou ficha médica*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605_2000.htm>.
121 Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Consulta n. 24.292/00. O segredo médico diante de uma situação de aborto. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2000/24292>.

ANEXO I – MODELO DE RESPOSTA A REQUERIMENTO JUDICIAL DE PRONTUÁRIO

[cabeçalho]

Local, XX de XX de XXXX.

Assunto: RESPOSTA À REQUISIÇÃO DE PRONTUÁRIO E ANOTAÇÕES MÉDICAS

Excelentíssimo/a XXX,

Considerando o Art. 5°, X, da Constituição Federal de 1988, que define como invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

Considerando o Art. 448, II, do Código de Processo Civil, segundo o qual a testemunha não é obrigada a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo;

Considerando o Art. 146, caput, do Código Penal, que tipifica como ilícito penal a conduta de constranger alguém – mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência – a não fazer o que a lei permite ou a fazer o que ela não manda;

Considerando o Art. 154 do Código Penal, que tipifica como ilícita a conduta de violação do segredo profissional, caracterizada quando fato de que se tenha conhecimento em razão de função, ofício ou profissão, é revelado sem justa causa e tal revelação pode causar dano a outrem;

Considerando o Art. 66 da Lei de Contravenções Penais, que caracteriza como contravenção penal a exposição de informações médicas que possam expor a ou o paciente a procedimento criminal;

Considerando o Art. 73, Capítulo IX, do Código de Ética Médica, que veda ao médico ou à médico "revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente" e dispõe que, mesmo na "investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal";

Considerando que a violação do sigilo profissional gera o direito de promover ação de indenização, no âmbito cível, pelos danos sofridos;

Considerando os art. 1° e 2° da Resolução CFM 1.605/2000, que vedam ao médico ou à médica, "sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica" e esclarecem que "onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente";

Declaramos que os documentos e anotações médicas relativas à paciente XXXX estão sob a guarda do sigilo profissional. Assim, manifestamos a impossibilidade legal, ética e administrativa de cumprir a solicitação feita pelo XXXX.

Na oportunidade, destacamos que a manutenção do sigilo de documentos e anotações médicas não é incompatível com a apuração de ilícitos por meios cabíveis.

A quebra do sigilo médico é excepcional e, no presente caso, não há justa causa ou dever legal capaz de afastá-lo, de modo que a requisição das informações em questão constitui determinação ilegal, nos termos do ordenamento jurídico vigente. Fornecê-las a terceiros, sem o consentimento da paciente, obsta o devido sigilo médico, a proteção da intimidade da paciente e, como consequência, a garantia da segurança jurídica necessária para que as e os profissionais exerçam sua profissão e protejam integralmente o direito à saúde.

Respeitosamente,

Diretor/Diretora do serviço CRM-UF XXX	Médico/Médica CRM-UF XXX

HISTÓRIAS EM QUADRINHOS ILUSTRATIVAS

A seguir, apresentaremos 5 histórias em quadrinhos que ilustram parte do conteúdo apresentado nessa cartilha:

“REUNIÃO DA APS”

A equipe da Unidade Básica de Saúde se reúne para discutir os casos da semana e conversa sobre o fluxo do Teste Rápido de Gravidez (TRG), também conhecido como TIG. A equipe debate questões sobre sigilo, disponibilidade do teste e o que fazer a partir do resultado e das diferentes reações das pacientes.

“EU TENHO UM SEGREDO, E AGORA?”

Joana busca cuidados na Unidade Básica de Saúde por sua menstruação atrasada. Conversa com a profissional de saúde e aprende informações importantes sobre consentimento, violência sexual e seus direitos diante de uma gravidez indesejada.

“E AGORA, SERÁ QUE ESTOU GRÁVIDA?”

Com 13 anos, Pamela busca cuidados e informação em um posto de saúde. Discussões sobre direito ao aborto legal, confidencialidade e procedimentos necessários em situação de suspeita de violência a menores de idade são feitas em um ambiente acolhedor, garantindo diretos e cuidados.

“VOU ABORTAR, E AGORA?”

Lucia precisa de cuidados e informação. O risco de abortamento é identificado correntemente durante a consulta com profissional de saúde, que oferece informações e cuidados para garantir sua saúde e bem-estar.

“TIVE UM ABORTO, E AGORA?”

henrique busca cuidados após um abortamento. durante a consulta na unidade básica de saúde, ele recebe cuidados e informações adequadas e importantes para o pós-abortamento e discute questões sobre saúde sexual e reprodutiva.

REUNIÃO DA APS

NA REUNIÃO DA EQUIPE ARCOVERDE, CHEGA O MOMENTO DE DISCUTIR OS CASOS NOVOS DA SEMANA.

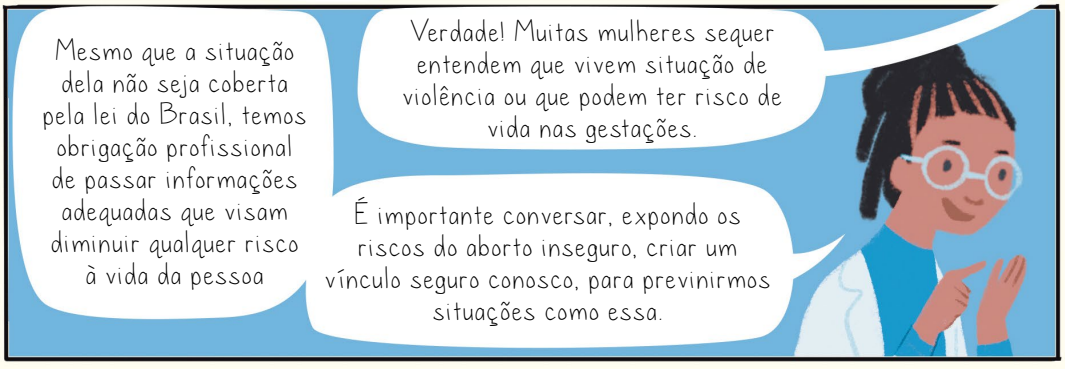














Muitas mulheres e meninas têm medo de procurar ajuda na unidade quando estão pensando em abortar, mas elas precisam saber que podem contar com a nossa equipe nessas situações.

Poxa Diana, acho que a gente poderia conversar mais sobre esse assunto nas reuniões, pois acabamos tendo muitas dúvidas e ficamos com medo de falar besteira para a paciente.

Eu achava que era proibido falar qualquer coisa!



Então, Marisa, podemos marcar um momento da reunião para falar mais sobre o aborto, as leis, o que é seguro de orientar para as pacientes...

...mas vamos combinar que quando surgir uma situação como a da Janaína, devemos tentar marcar uma consulta o mais breve possível, de preferência no mesmo dia, ok?

A ideia é que elas fiquem mais tranquilas sabendo que existem outras possibilidades, como a entrega da criança para adoção, e que não tomem decisões precipitadas ou que coloquem as vidas delas em risco.

Para começar, podemos ler juntas este material



muito bom, bem simples e objetivo!

Com pontos importantes pra que todo mundo da equipe - do porteiro à limpeza - possam assistir as pacientes.

Devemos proporcionar toda privacidade, sobre a coleta e os resultados dos TIGs*. Se a mulher não quer que ninguém saiba, a não ser a enfermeira e a médica, ninguém mais deve saber.

Como nesse caso, vamos supor que Rosana não sabia do teste, e Marisa me informou. Eu devo pedir para Rosana chamar a paciente para vir, mas não devo falar nada sobre o teste. Nós temos responsabilidade legal sobre o sigilo.

Nenhuma informação confidencial de nenhuma pessoa atendida no posto, nem que seja sobre unha encravada, pode ser discutida com pessoas que não tenham a obrigação sobre o sigilo ou que não estejam participando do cuidado da paciente.



Mesmo entre profissionais que estão cuidando, somente o que é estritamente necessário deve ser discutido.

Por exemplo, a enfermeira que administra a imunização não precisa saber sobre a depressão da pessoa. A psicóloga não precisa necessariamente saber sobre a cirurgia de vesícula de fulano, certo?



Na questão sobre SAÚDE REPRODUTIVA isso é ainda mais importante.

As informações da paciente só podem ser compartilhadas com quem tiver alguma relação com o seu atendimento.

A QUEBRA DE SIGILO é algo muito sério, podemos perder completamente o vínculo com a paciente e ainda podemos enfrentar PROCESSO CRIMINAL OU DISCIPLINAR se houver vazamento de informações sigilosas.

* TIG também é conhecido como TRG, Teste Rápido de Gravidez

É sério isso? processo criminal? Porque tem umas coisas que correm soltas né?

Sim, com pena de prisão até. Informações sigilosas de saúde é coisa muito séria. E todas nós somos responsáveis por zelar por isso.

Inclusive o guia técnico de Teste Rápido de Gravidez e o protocolo Saúde das Mulheres deixam claro. Olhem aqui como está:

Nossa, eu tenho que repensar como organizar a fila do TIG, porque muitas vezes damos o resultado em voz alta sem muita privacidade

O bairro todo sabe quem veio aqui fazer o teste. E às vezes a fofoca rola solta.

Isso é muito importante: vocês identificarem sobre esse fluxo que não está adequado aqui na Unidade. Temos que organizar urgentemente.

O acesso é livre, e a entrega do insumo pode ser feita à mulher adulta, jovem, adolescente ou à parceria sexual.

E, claro, devemos fazer o aconselhamento pré e pós teste, mas quem quiser pode levar a tirinha pra casa!

Também devemos manter uma neutralidade quanto ao resultado.

Não devemos dar parabéns quando vemos um resultado positivo.

Devemos contar para a mulher em tom neutro, e perguntar como ela se sente, se possível até saber das expectativas da mulher em relação ao resultado antes de fazer o teste.

Se feliz, aí sim podemos parabenizar e orientar para o pré natal. Se não, devemos tentar já marcar uma consulta comigo ou com a enfermeira assim que puder.

Outra coisa importante, é que quando uma pessoa vem aqui para um TIG, isso também pode ser uma oportunidade importante para se ofertar informações sobre saúde sexual e reprodutiva,

falar sobre como evitar ISTs e gravidezes indesejadas ou como se preparar para uma gravidez planejada.



Assim, alguém que tem um teste negativo do TIG, também devemos ser neutras ao dar o resultado e perguntar como ela se sente.

Se feliz, podemos perguntar se ela também está satisfeita ou tem interesse em conversar sobre métodos contraceptivos.



Se ela deseja uma gravidez podemos perguntar se está em dia com as imunizações, rastreamento de ISTs, suplementação de ácido fólico e encaminhá-la para uma avaliação pré-concepcional.



O momento para o teste de TIG é uma oportunidade importante!

Até situações de violência doméstica podem surgir nesses momentos!

Realmente podemos pensar em usar esse momento que elas estão aqui de maneira melhor.

Vamos montar um fluxo para isso? O que acham?



Ótima ideia! Vamos montar. Que tal revisarmos os capítulos sobre avaliação pré-concepcional

e sobre saúde sexual e reprodutiva nos Cadernos de Atenção Básica? Acho que é o número 32 e 26!



Roteiro
ILANA AMBROGI
CAROLINA LOPES DE LIMA REIGADA
CLARICE DE AZEVEDO SARMET LOUREIRO SMIDERLE
DÉBORA SILVA TEIXEIRA
EVELIN GOMES ESPERANDIO
MARIA TERESA GARCIA ALVES

Layout
PRIWI

Arte
PRIWI

Ilustração de capa
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

EU TENHO UM SEGREDO, E AGORA?



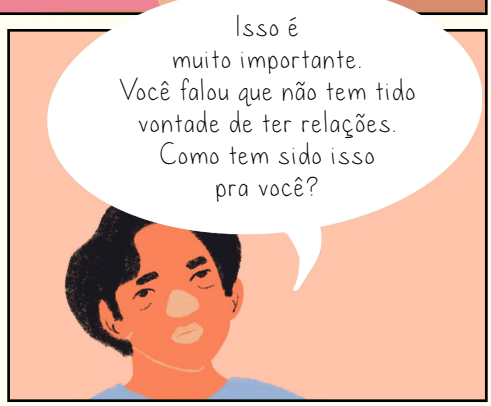
JOANA TEM 38 ANOS, ESTÁ COM A MENSTRUAÇÃO ATRASADA 2 MESES. DURANTE A CONVERSA COM A MÉDICA APRENDE COISAS MUITO IMPORTANTES SOBRE O SEU RELACIONAMENTO E DIREITOS.











Tem sido muito ruim. Nesses meses que a minha menstruação estava vindo direto, eu tava com muita cólica e não queria transar.

Mas ele disse que isso já tava durando muito tempo, que não aguentava mais ficar sem sexo e que tinha que cumprir meu papel.

Aí eu estava no banheiro me preparando pra tomar banho e ele veio e me "pegou à força" ali mesmo.

Isso é muito sério, Joana. Muitas mulheres passam por isso no casamento e não percebem que isso também é uma forma de violência sexual, pois não teve o seu consentimento, não é?

Sim, foi horrível. Depois desse dia eu não tenho nem conseguido dormir direito.

Não tive coragem de contar isso pra ninguém. Só falei porque você perguntou.

Sinto muito por isso. Realmente essa é uma situação muito difícil.

Eu queria te perguntar mais algumas coisas sobre isso, pode ser?

Você se sente segura em casa?

Ele nunca tinha sido tão violento, eu não sei o que deu nele.

Você gostaria de fazer uma denúncia na delegacia da mulher? Pedir ordem protetiva? Há abrigos que acolhem mulheres e seus filhos em situações de violência...

Não! Ele é meu marido. Não quero sair de casa. Não quero denunciar.

Ok. Eu só quero que saiba que existem vários recursos para mulheres nessas situações que podem ajudar a protegê-las.

Podemos marcar um dia para fazer uma consulta compartilhada com a Noêmia, nossa psicóloga do NASF, para conversarmos um pouco mais sobre essa situação ou sobre o que você quiser contar.

Acho que você já viu ela fazendo uma fala na sala de espera, não é?!

Já vi ela sim. Acho que vai ser bom conversar com ela também.

Então, Joana, vou ver com ela um dia na agenda. Agora, você já pensou que pode estar grávida?





* TIG também é conhecido como TRG, Teste Rápido de Gravidez

Então, para saber esses números, a prefeitura pede que a gente preencha uma ficha para que seja feita essa contagem.

Mas alguém vai ir atrás do meu marido depois disso?

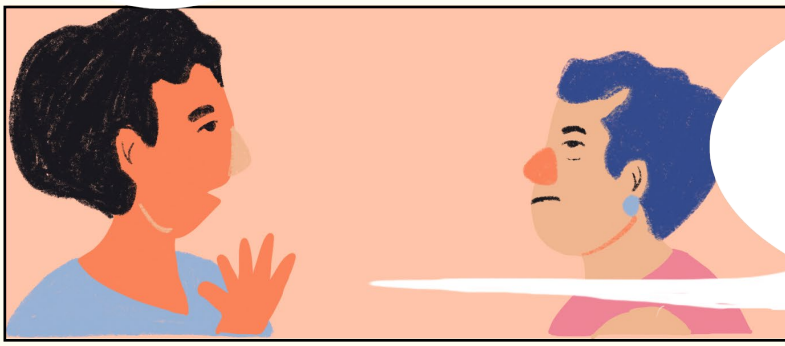
Não, essa ficha fica na Secretaria de Saúde da nossa cidade, e serve apenas para que eles saibam quantas pessoas têm passado por situações como a sua, ok?!



Ah entendi. Tudo que conversamos é segredo né?

Sim, essa informação é sigilosa e só deve ser usada para o que chamamos de dados epidemiológicos, para saber a quantidade de pessoas e algumas características da violência, como em que região estão acontecendo os casos





Aqui também é importante que fique claro que você não é obrigada a fazer B.O (boletim de ocorrência) ou ir ao IML (Instituto de Medicina Legal) para ter direito ao aborto legal, basta sua palavra relatando a violência.

A denúncia não é necessária para você ter direito ao aborto.

Só você pode determinar se quer ou não fazer uma denúncia. E pode ser em qualquer momento, tá? E isso não afeta seu direito ao aborto legal e seguro.

Se alguém te falar o contrário, saiba que isso não é verdade e eu posso te ajudar a entrar em contato com a defensoria pública para que seu direito seja garantido.

Então vou preencher com você a ficha e depois vamos agendar um dia para aquela conversa junto com a Noêmia, tudo bem?

Tudo, obrigada

Roteiro
ILANA AMBROGI
CAROLINA LOPES DE LIMA REIGADA
CLARICE DE AZEVEDO SARMET LOUREIRO SMIDERLE
DÉBORA SILVA TEIXEIRA
EVELIN GOMES ESPERANDIO
MARIA TERESA GARCIA ALVES

Layout
PRIWI

Arte
BÁRBARA QUINTINO

Ilustração de capa
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

E AGORA, SERÁ QUE ESTOU GRÁVIDA?

PÂMELA, 13 ANOS.
VIVE EM UMA COMUNIDADE NO RIO DE JANEIRO.

NO ATENDIMENTO, NÃO QUIS FALAR PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOBRE O QUE SERIA.

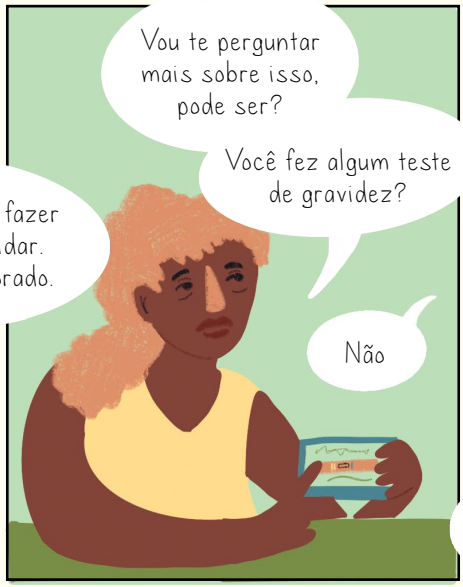
MAS DISSE QUE TINHA QUE FALAR COM A MÉDICA E PARECIA UM POUCO AFLITA.

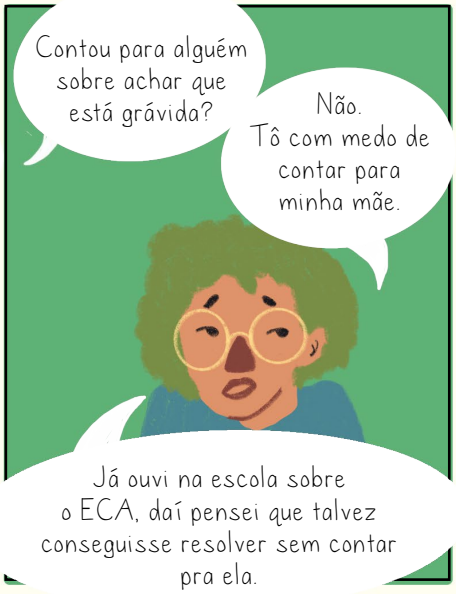














e temos que falar com um adulto responsável por você.

... ele falou que era uma brincadeira, que era assim que as meninas mais velhas brincam.

Eu entendo... não se preocupe com isso agora.

Muito obrigada por vir, Antonia. Essa é Carolina, a assistente social aqui da clínica.

Oi, Carolina! Muito prazer.

Oi, dona Antônia, tudo bem? Oi, Pâmela.

Fico muito contente e aliviada pela sua coragem, Pâmela. Sei que é difícil, mas fundamental para podermos ajudar.

Vamos focar em cuidar de você. Podemos falar com sua mãe? Posso ligar para ela?

Sim, aqui.

Alô, Senhora Antonia, tudo bem?

É importante que todas nós conversemos sobre o que a Pamela me contou...

...é possivel que ela tenha vivido uma situação de violência ou abuso.

Abuso? como assim? O que aconteceu?

Filha, voce está bem?

Ela está com atraso da menstruação e precisamos fazer teste de urina de gravidez.

teste de gravidez

Pode fazer o teste, sim.

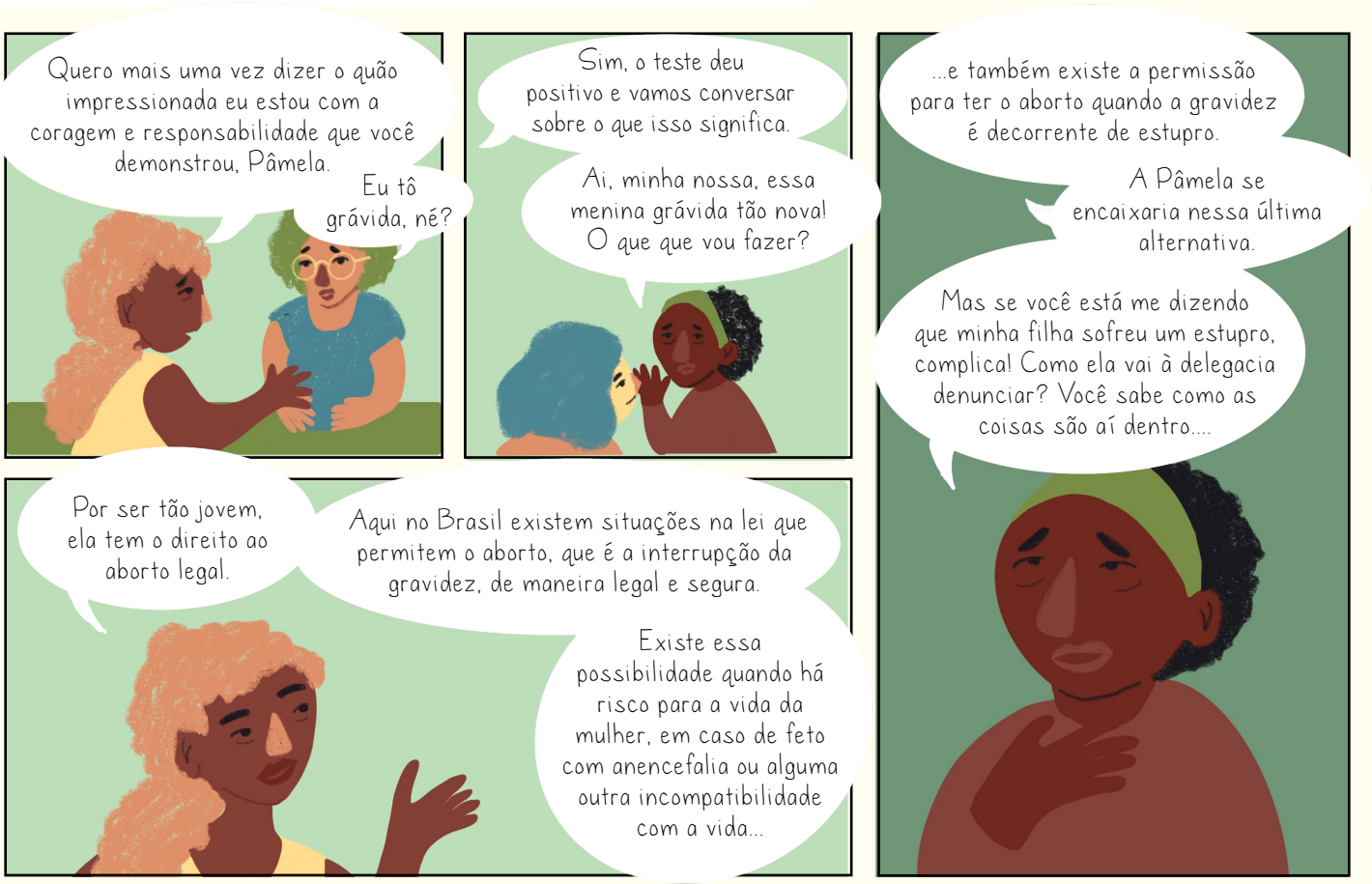
Pâmela, vamos fazer o teste?

É muito difícil essa situação. Eu sinto muito, dona Antonia. A Pamela fica sozinha com alguém?

Não, eu sou viúva e não tenho companheiro homem. Ela tem um namoradinho que mora perto de casa.

Minha nossa. E agora? E se ela estiver grávida? Como isso foi acontecer? Ela foi abusada?

Carolina e Pâmela voltam para o consultório, enfermeira entrega o resultado do Teste Rápido de Gravidez para a médica. Juliana lê o resultado positivo.





Pois é. Mas, na verdade, qualquer relação sexual com menores de 14 anos se chama estupro de vulnerável

Pelo código penal, pessoas dessa idade não têm capacidade legal para consentir sobre o ato sexual. Nesta situação temos dois adolescentes muito novos, que talvez não entendam bem sobre todas as consequências.

A lei entende isso e garante a interrupção da gravidez.

Claro que ela pode continuar com a gravidez, se é desejo dela, e nesse caso nós ofereceríamos os cuidados necessários.

No entanto, gravidez em jovens com menos de 14 anos são mais arriscadas, existe maior risco de morte e consequências negativas.

Eu não quero, eu quero tirar! Não quero uma gravidez.

Certo. entendi.

Não sabia que gravidez nessa idade é perigosa, mas o aborto é seguro né? O que a gente faz então?

Sim, aborto feito com assistência de profissionais treinados é um procedimento ou tratamento altamente seguro.

Que bom que chegamos num consenso

Quando o responsável não concorda, haveria outras medidas para tomar, envolvendo outras pessoas, pois a vontade da pessoa sendo cuidada sempre deve ser respeitada.

Eu vou entrar em contato com esse hospital aqui e vocês poderão ir lá.

Uma equipe multiprofissional vai acompanhar todo o processo.

Ah, que bom, Juliana, obrigada! Depois passamos aqui pra te dar notícias?

Sim, por favor, ou em caso de qualquer dúvida!

Roteiro
ILANA AMBROGI
CAROLINA LOPES DE LIMA REIGADA
CLARICE DE AZEVEDO SARMET LOUREIRO SMIDERLE
DÉBORA SILVA TEIXEIRA
EVELIN GOMES ESPERANDIO
MARIA TERESA GARCIA ALVES

Layout
PRIWI

Arte
BÁRBARA QUINTINO

Ilustração de capa
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

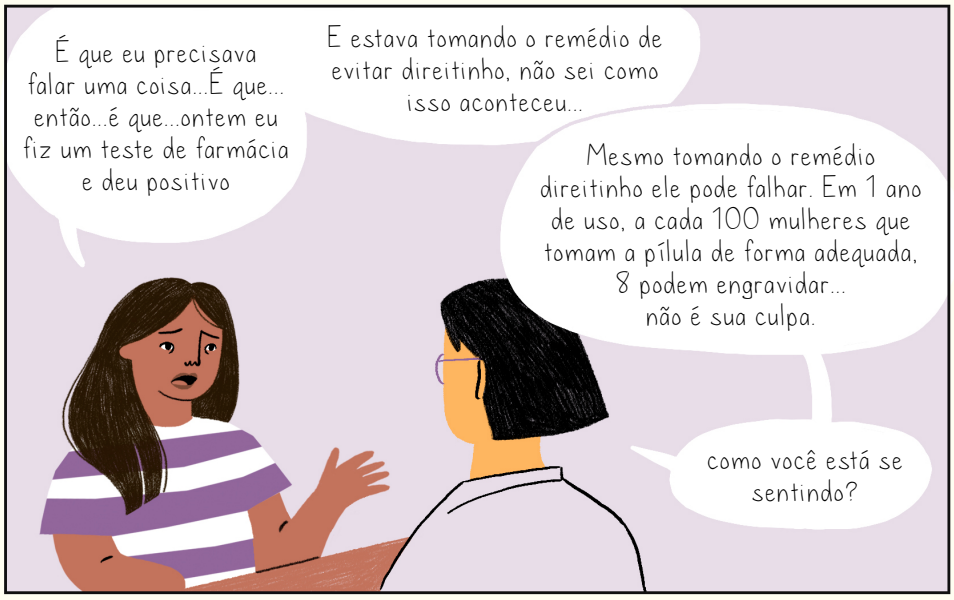
VOU ABORTAR, E AGORA?



LUCIA TEM 29 ANOS E TROCA MENSAGENS COM...











Você pensou em outras alternativas, como entregar a criança para adoção logo após o parto? Isso pode ser articulado durante o pré-natal...

Não, eu não quero, eu não quero ficar grávida agora de jeito nenhum...

Sim, eu entendo, é um direito seu mas infelizmente aqui no Brasil interromper a gestação por decisão da mulher é considerado crime, e pode ser inseguro, trazer riscos para sua saúde, se não utilizar os métodos adequados e da maneira certa. Você está mesmo decidida a fazer?

Sim, estou, mas preciso muito de ajuda, e tenho muito medo de morrer e deixar meus filhos sozinhos!

Como ja chequei na sua avaliação, você não tem doença ou alergia a medicamentos, distúrbios hemorrágicos.

Não usa DIU...

Não teve gravidez ectópica ou cirurgia nas trompas. Está sem sangramento vaginal e sem cesearia nos ultimos 6 meses, e seu tipo sanguineo é A+, certo?

Sua última menstruação foi quando?

Sim.

No dia 3 ou 4 do mês passado, eu acho

Então... deixa eu ver aqui ... você deve estar com 7 ou 8 semanas de gravidez.

Você consegue fazer um ultrassom pra gente confirmar?

Consigo sim, você me dá o pedido?

Sim, está aqui.

Lembre-se que abortamento nessas situações aqui no Brasil é considerado crime, e você pode ser responsabilizada.

A lei não permite que eu te dê medicamentos ou ajude no momento do abortamento. O que posso fazer é te dar informações sobre como o procedimento é feito e como evitar e lidar com incômodos que podem surgir, certo?

Não tome decisões precipitadas. Faça o ultrassom e volte para vermos como você está.

E caso você mude de ideia, me diga, vou te apoiar em qualquer decisão que você tomar. O meu dever profissional é informar e cuidar de você.

Oi, doutora Ana

Fiz o ultrassom, muito obrigada por tá me ajudando, eu estou desesperada, preciso tirar essa gravidez...

Oi, Lúcia, entre...

Você ainda deseja prosseguir com sua decisão?

Sim, doutora, eu não vou seguir com a gravidez.

Então... Você está com 7 semanas e 5 dias de gestação.

Meu papel aqui não pode ir além de te dar orientações que protejam a sua saúde, ok?

Sua idade gestacional é considerada segura para o abortamento feito pela própria pessoa, e não possui nenhum outro fator de risco.

Uma interrupção segura da gravidez é feita com medicamento. Essa é a recomendação da Organização Mundial de Saúde e também do Ministério da Saúde.



Você pode encontrar mais informações a respeito no Protocolo do Misoprostol do Ministério da Saúde, na Norma Técnica de Atenção ao Abortamento Humanizado, também do Ministério da Saúde, no Guia da OMS para o abortamento seguro e no Regime Recomendados da FIGO. Todos são fáceis de se encontrar na internet e podem te dar uma ideia melhor sobre como é feito o procedimento.

Aborto é algo muito seguro se feito com assistência de profissionais...

e com o uso do Misoprostol, o Cytotec nas primeiras 10 semanas. Aqui no Brazil esse medicamento é somente oficialmente encontrado em hospitais.

Busque por "aborto" na Revista AzMina.

Cuidado se tentar comprar de pessoas que vendem de forma ilegal. Podem estar adulterados, causar riscos e não os efeitos desejados.

Não introduza nenhum objeto ou substância no útero, é muito perigoso. E nada de injetáveis.

Você pode apresentar cólica e sangramento, que pode durar apenas algumas horas a poucos dias.

Pode tambem ter enjôo, diarréia, califrios, febre por algumas horas. Use analgésicos como o Ibuprofeno e compressas mornas na barriga para aliviar as dores.

Sei, eu uso esse para cólica de menstruação às vezes.

Geralmente, se feito de forma segura esse sintomas são passageiros.

Se você tiver muito sangramento, pressão baixa, corrimento com cheiro ruim, dor forte, febre ou tonturas que não passam, procure assitencia médica no pronto socorro ou hospital imediatamente.

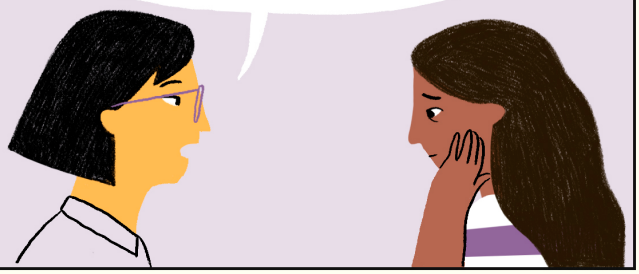
Não vá a clínicas não equipadas com pessoas não capacitadas.

O aborto espontâneo acontece da mesma forma que o medicamentoso, não tem como se distinguir entre eles, a não ser que se relate algo.

Há histórias que falam que no hospital foi dito que haveria como se testar para saber a diferença.

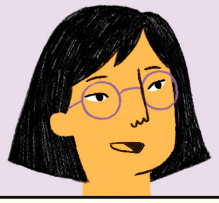
Mas isso não é verdade.

Os cuidados para um aborto espontâneo ou aborto medicamentoso são os mesmos. E você tem direito aos cuidados como qualquer outra pessoa. Se precisar, não hesite, busque ajuda profissional



É importante também marcarmos um retorno para você.

Poderemos então conversar sobre métodos contraceptivos e ver como você está. O que acha?



Ótimo. Muito obrigada.

Você tem alguma dúvida, quer conversar sobre alguma outra coisa?

Não, eu estou bem. Muito obrigada por toda essas informações. É muita coisa!



Sim. Infelizmente exercer a autonomia sobre o próprio corpo ainda é muito difícil para as mulheres, né?

Sim, muito difícil mesmo. Mas estou mais segura agora.

É uma situação muito solitária. Você gostaria de conversar com uma psicóloga sobre isso? **Aqui temos obrigatoriedade do sigilo profissional**



Quero sim, Dra. Muito obrigada!



Roteiro
ILANA AMBROGI
CAROLINA LOPES DE LIMA REIGADA
CLARICE DE AZEVEDO SARMET LOUREIRO SMIDERLE
DÉBORA SILVA TEIXEIRA
EVELIN GOMES ESPERANDIO
MARIA TERESA GARCIA ALVES

Layout
PRIWI

Arte
BRUNA MARTINS

Ilustração de capa
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

TIVE UM ABORTO, E AGORA?

HENRIQUE É HOMEM TRANS.



NA VISITA À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, RELATOU UM PROBLEMA QUE TEVE POR 2 DIAS, MAS NÃO QUERIA QUE NINGUÉM SOUBESSE, ENTÃO FALOU QUE ESTAVA COM DOR DE BARRIGA.

NA CONVERSA COM A MÉDICA ACABOU FALANDO DE OUTRAS COISAS TAMBÉM.













Sente algum mau cheiro com o sangramento ou algum corrimento? Além das cólicas e do sangramento, sente alguma outra coisa? Tontura, vômitos?



Não tem mau cheiro, nem corrimento, só sangramento. Percebi que às vezes ficam mais escuras, às vezes é mais cor de sangue.

Você introduziu algo a mais além dos comprimidos na vagina?



Só coloquei mesmo os comprimidos. E não sinto nada além das dores na barriga, tipo cólica mesmo, e o sangramento que continua. Queria que parasse.

Certo, você ainda se sente grávido?

Ah, isso é interessante, eu sinto que passou toda aquela sensação diferente. Meus peitos também voltaram ao normal.



O sangramento está menor que sua menstruação mais intensa?

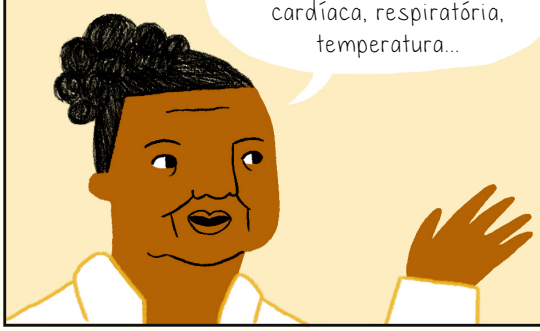
Isso, estou há 2 dias sangrando, mas está mais ameno do que minha menstruação. To usando aqueles absorventes noturnos mas já não estão tão enxarcados quanto ontem.

Ah, sim. Tinha dado 7 semanas num aplicativo que calcula a partir da última menstruação sabe?



Perfeito, assim não precisamos nos preocupar com qualquer questão de isominunização, que pode acontecer quando a pessoa grávida tem tipo sanguíneo de Rh negativo e mais de 9-10 semanas de gestação...

...vou aferir seus sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, respiratória, temperatura...



...e queria te examinar, tudo bem?

Esse é um exame das partes íntimas, como é isso para você?

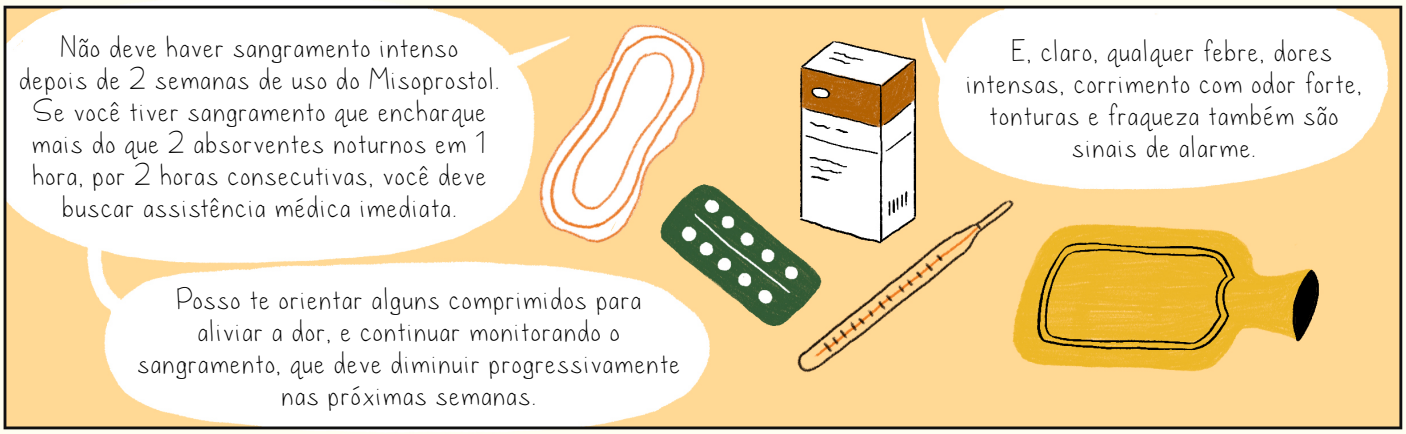
Muito obrigado por perguntar, doutora. Realmente muitos homens trans não gostam nem de falar vagina, mas eu não tenho problema com isso.

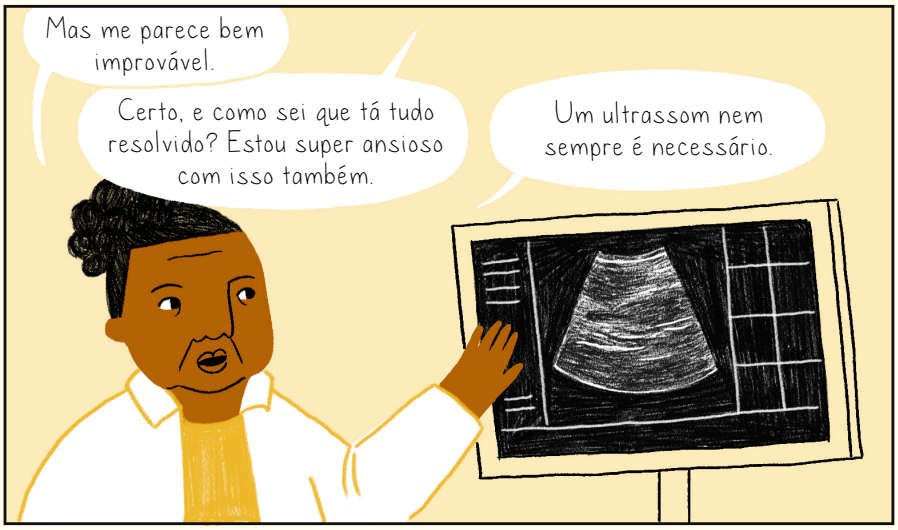
Fico super aliviado de você poder fazer essa avaliação aqui discretamente.

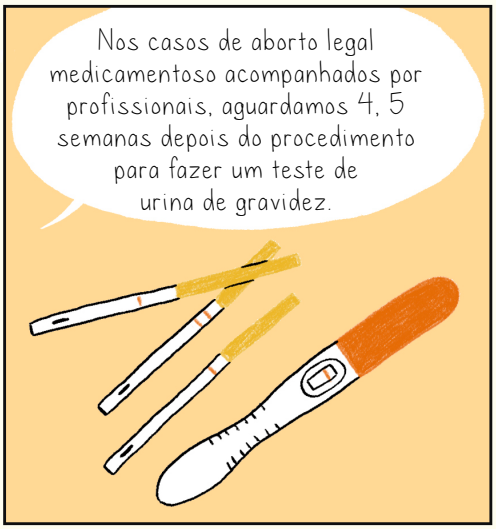





Henrique, pelo exame e o que você me conta parece que o aborto já aconteceu, não percebi nenhum sinal de gravidade ou alarme. Retirei alguns restos do comprimido que haviam ficado retidos na vagina, mas só.


Não deve haver sangramento intenso depois de 2 semanas de uso do Misoprostol. Se você tiver sangramento que encharque mais do que 2 absorventes noturnos em 1 hora, por 2 horas consecutivas, você deve buscar assistência médica imediata.
E, claro, qualquer febre, dores intensas, corrimento com odor forte, tonturas e fraqueza também são sinais de alarme.
Posso te orientar alguns comprimidos para aliviar a dor, e continuar monitorando o sangramento, que deve diminuir progressivamente nas próximas semanas.


Mas me parece bem improvável.
Certo, e como sei que tá tudo resolvido? Estou super ansioso com isso também.
Um ultrassom nem sempre é necessário.


Nos casos de aborto legal medicamentoso acompanhados por profissionais, aguardamos 4, 5 semanas depois do procedimento para fazer um teste de urina de gravidez.


Mas por você não ter sido acompanhado desde o início...e como está ansioso... vamos fazer o exame...


...apesar de não haver nenhum sinal de alarme até o momento,









Roteiro
ILANA AMBROGI
CAROLINA LOPES DE LIMA REIGADA
CLARICE DE AZEVEDO SARMET LOUREIRO SMIDERLE
DÉBORA SILVA TEIXEIRA
EVELIN GOMES ESPERANDIO
MARIA TERESA GARCIA ALVES

Layout
PRIWI

Arte
BRUNA MARTINS

Ilustração de capa
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

Após a consulta, a médica registrou no prontuário: (veja na próxima página)

PRONTUÁRIO MÉDICO

SUBJETIVO:

Paciente relata sangramento uterino e dor em hipogástrio iniciados há 2 dias, teste de gravidez positivo na semana anterior, sem outras queixas. Nega morbidades.

OBJETIVO:

Sinais vitais normais.
Colo uterino fechado, ausência de escoriações, lacerações ou secreções.
Sem dor ao toque bimanual, sem dor com mobilização cervical,
sangramento em pouca quantidade, sem odor, dor à palpação de hipogástrio, sem descompressão brusca negativa, sem distensão.
Sem sinais de peritonite.
Sem outras alterações na ectoscopia.

AVALIAÇÃO:

CIAP W99 Outros problemas da gravidez/parto ou CID 10 O06 - aborto não especificado.
Sem complicações.

PLANO:

Prescrevo analgesia + oriento sinais de alarme + solicito US TV e retorno em uma semana para reavaliação.
Aconselhamento pré-teste + solicitação de testes rápidos.
Converso sobre contracepção.

© HQS GRAVIDEZ INDESEJADA:
AS DÚVIDAS QUE VOCÊ SEMPRE TEVE MAS NUNCA PODE PERGUNTAR, 2021
© ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021
1ª EDIÇÃO, 2021, BRASÍLIA

esta é uma publicação da

ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA

SITE | FACEBOOK | TWITTER | INSTAGRAM | YOUTUBE

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

SITE | FACEBOOK | TWITTER | INSTAGRAM | YOUTUBE | LINKEDIN

GRUPO DE TRABALHO MULHERES NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (GT-MMFC)

INSTAGRAM

anis instituto de bioética

SBMFC Medicina de Família e Comunidade

GT MULHERES NA MFC