GRAVIDEZ INDESEJADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar

2ª edição
revisada e aumentada

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 **Anis – Instituto de Bioética.**

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. - 2. ed. rev. e amp. – Brasília : LetrasLivres, 2024.
120 p.

ISBN 978-65-88773-17-8 (Impresso); ISBN 978-65-88773-16-1 (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)

FICHA TÉCNICA

1ª EDIÇÃO

Comissão Técnica
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

Ilustração da capa
Priwi

Design gráfico
Julia Valiengo

2ª EDIÇÃO

Comissão Técnica
Amanda Nunes
Bruna Ballarotti
Bruna Couto Novaes
Carolina Lopes de Lima Reigada
Clarissa Cavalcanti
Daiane Maria Cordeiro
Dandara Pimentel Freitas
Débora Silva Teixeira
Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira
Evelin Gomes Esperandio
Gabriela Rondon
Ilana Ambrogi
Juliana Santana
Luciana Brito
Luiza Magalhães Cadioli
Maria Teresa Garcia Alves
Melanie Noël Maia
Nathália Machado Cardoso
Nicole Geovana Dias Carneiro
Raquel Lustosa
Rita Helena Borret
Viviane Coelho

Bibliotecário
Illy Batista

Revisão de texto
Paulo Futagawa

Ilustração da capa
Priwi

Design gráfico
Julia Valiengo

DIRETORIA DA SBMFC - GESTÃO 2024-2026

Presidente	**Fabiano Gonçalves Guimarães**	Belo Horizonte / MG
Vice-Presidente	**Zeliete Linhares Leite Zambon**	Campinas / SP
Secretária-Geral	**Cybelle Cristina Pereira Rodrigues**	Belém / PA
Diretoria Administrativa e Financeira	**Daniel de Medeiros Gonzaga**	Rio de Janeiro / RJ
Diretoria de Comunicação	**Brenda Freitas da Costa**	Rio de Janeiro / RJ
• Departamento de Comunicação	**Arthur Fernandes**	Brasília / DF
Diretoria de Titulação e Certificação	**Lívia Hinz Caliço**	Florianópolis / SC
• Departamento de Titulação e Certificação	**Cassandra Renault Pisco**	Maricá / RJ
Diretoria de Medicina Rural	**Larissa Bordalo de Figueirêdo Pinto**	São Luís / MA
Diretoria de Graduação e Pós-Graduação Stricto Sensu	**Fernanda Lazzari Freitas**	Florianópolis / SC
• Departamento de Graduação Stricto Sensu	**Ugo Caramori**	Campinas / SP
• Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu	**Leonardo Cançado Monteiro Savassi**	Belo Horizonte / MG
Diretoria Científica e de Desenvolvimento Profissional Contínuo	**André Petraglia Sassi**	Porto Alegre / RS
• Departamento de Desenvolvimento Profissional Contínuo	**Isadora Vianna Fernandes**	Rio de Janeiro / RJ
• Departamento de Publicação	**Marcello Dala Bernardina Dalla**	Vitória / ES
• Departamento de Pesquisa	**Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro**	Fortaleza / CE
Diretoria de Exercício Profissional	**Ricardo Souza Heinzelmann**	Santa Maria / RS
Diretoria de Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu	**Andrea Taborda Ribas da Cunha**	Mossoró / RN
• Departamento de Residência	**Mauro Magaldi Lins**	Manaus / AM
• Departamento de Especialização	**Arthur Lobato Barreto Mello**	Brasília / DF
Diretora Residente	**Amanda Teixeira Ferro Pereira**	Vitória da Conquista / BA
Diretora Residente	**Geovana Ribas Virtuoso**	Rio de Janeiro / RJ

DIRETORIA DA ANIS

Codireção	**Gabriela Rondon e Luciana Brito**	Brasília / DF

ÍNDICE

08 INTRODUÇÃO

11 Interseccionalidades em saúde: aborto, raça e classe
14 Educação em saúde e saúde sexual e reprodutiva

15 COMO SURGIU A CARTILHA?

18 QUESTÕES IMPORTANTES

18 O que é uma gravidez indesejada?
18 O que é uma gravidez não planejada?
19 O que é um aborto ou abortamento?
21 Como é feito o aborto induzido de acordo com as últimas evidências científicas recomendadas pelas OMS, Figo e Febrasgo?
23 O que é um aborto seguro?
25 Por que existem abortos inseguros?
25 Um aborto seguro pode ser criminalizado?
26 Um aborto inseguro pode ser um aborto previsto em lei?
26 E o aborto autoadministrado, é seguro?
27 O aborto é um direito?
29 E para a pessoa que descobriu uma gravidez indesejada, quais direitos são garantidos?
29 Quais são os deveres do Estado e de profissionais de saúde quando se deparam com uma situação de gravidez indesejada?
31 O que o Código de Ética Médica determina?

33 TÁ NA LEI, TÁ NO SUS: reduzir danos é tarefa da atenção primária em saúde!

34 Essencialidade da redução de danos a partir da experiência de países vizinhos
35 E o Brasil?

36 ROTEIRO PARA ABORDAGEM BASEADA NA REDUÇÃO DE DANOS

36 1. Preparação para o atendimento à mulher ou pessoa sob cuidado com teste de gravidez positivo
- História em quadrinhos (HQ): "Reunião da APS"

42 2. Garantia do sigilo médico

43 3. Atendimento inicial

44 4. Identificar se há hipótese de aborto legal
- Atendimento de menores de 18 anos
- História em quadrinhos (HQ): "E agora, será que estou grávida?"

54 4.1. Gravidez resultante de violência sexual
- História em quadrinhos (HQ): "Eu tenho um segredo, e agora?"
- Violência sexual e garantia de atendimento (Lei do Minuto Seguinte)
- História em quadrinhos (HQ): "Eu só preciso de uns exames e um remédio"

67 4.2. Risco de vida para a mulher ou pessoa que gesta
- História em quadrinhos (HQ): "Eu quero cuidar da minha vida"

73 4.3. Feto anencéfalo ou com outra malformação incompatível com a vida

74 5. Encaminhamento ao serviço de aborto legal

74 6. Redução de danos
- Entrega voluntária ou entrega protegida
- História em quadrinhos (HQ): "Não tem nada a ver comigo"
- Cuidados em aborto
- História em quadrinhos (HQ): "Cuidar é escutar e informar"

92 6.1. Síntese das recomendações

94 6.2. Sugestão de roteiro de conversa
- História em quadrinhos (HQ): "Vou abortar, e agora?"

102 7. Retorno ao serviço

103 8. Registro e documentação do atendimento
- História em quadrinhos (HQ): "Tive um aborto, e agora?"

109 PRINCIPAIS QUESTÕES JURÍDICAS

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

111 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?

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

115 4. A Justiça pode requerer prontuário de serviço de saúde de mulher ou pessoa sob cuidado suspeita ou suspeito de ter provocado um aborto?

118 ANEXO I – Modelo de resposta a requerimento judicial de prontuário

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 reprodutivo, 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 e outras pessoas que gestam. 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 desproporcio-

---

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, 2013. pp. 504-515.

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*, v. 14 n. 41, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791>.

5 Ver notas 3 e 4.

nalmente 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 pessoas 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]

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 de 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]

---

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.* Cadernos 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/#>.
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 nº 2.222/2018 e nº 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. 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>.

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.

---

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.

INTERSECCIONALIDADES EM SAÚDE: ABORTO, RAÇA E CLASSE

As mulheres negras e outras mulheres e pessoas racializadas estão inseridas em contextos atravessados pela intersecção do patriarcado, do sexismo, do racismo e do classicismo.[23] A interseccionalidade dessas opressões vulnerabiliza as vidas das mulheres e pessoas negras e racializadas de forma acumulada e diferenciada. O aborto, por exemplo, é uma experiência comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras. No entanto, as **taxas são mais altas entre as mulheres negras, indígenas, com menor escolaridade e residentes nas regiões mais pobres do país. Dentre as que fizeram o aborto mais de uma vez, 74% eram negras**.[24] Dados comparativos ajustados à distribuição racial mostram que **mulheres negras têm 46% mais chances de terem feito um aborto do que mulheres brancas**.[25]

Pesquisas com mulheres negras em contexto de pós-abortamento demonstram que a discriminação racial nos serviços de saúde e o estigma em relação ao aborto podem atuar simultaneamente, postergando a busca por cuidados, agravando as complicações decorrentes do procedimento.[26] **São as mulheres pretas e pardas as que mais morrem por aborto inseguro**. Entre 2010 e 2021, 62% das mulheres que morreram por aborto inseguro eram negras, sendo 52% pardas e 10% pretas.[27] **Isto é, a criminalização do aborto, uma necessidade de saúde, afeta desproporcionalmente as mulheres e pessoas negras e racializadas que já vivem múltiplas camadas de opressão.**

Dados preliminares da "Pesquisa Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023" mostra que o índice de mulheres gestantes que começaram os atendimentos no segundo trimestre da gravidez — considerado tardio — ficou em 13,4% para pretas e pardas e 9,1% para mulheres brancas.[28] Já o Ministério da Saúde indica que a mortalidade materna por hipertensão, por exemplo, aumentou 5% entre mulheres pretas em 2020, quando comparado com 2010.[29] **As mulheres pretas e pardas também representam a maior parte das mortes maternas, consideradas evitáveis em mais de 90% dos casos.**

---

23 GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano.* Zahar. 2020 Kindle Edition. ISBN 978-65-5782-005-6
CARNEIRO, Sueli. *Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil (Consciência em Debate)*. Selo Negro Edições. 2011. Kindle Edition. ISBN 978-85-87478-74-0
DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

24 DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. *Pesquisa Nacional de Aborto-Brasil, 2021*. **Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 1601-1606, 2023.https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/?lang=en#**

25 DINIZ D, MEDEIROS M, SOUZA PHGF DE, GOÉS E. *Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 3085-3090. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.14062023

26 GOES E.F., MENEZES G.M.S., ALMEIDA M. da C.C., ARAÚJO T.V.B. de, ALVES S.V., ALVES M.T.S.S.B. *Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto.* Cadernos de Saúde Pública. n. 36, supl. 1, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vol 53. No 47. Dez. 2022. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/

28 LEAL, M. do C.; GRANADO, S.; BITTENCOURT, S.; ESTEVES, A. P.; CAETANO, K. *Dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil 2*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf.

29 BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Número Especial. Saúde da População Negra, vol. 1, 2023. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/@@downloa

Em 2020, 65,4% das mulheres que morreram de morte materna eram negras.[30]

Esses dados corroboram a dificuldade de acesso, a pior qualidade da assistência e, consequentemente, a maior incidência de resultados negativos em termos de saúde reprodutiva para mulheres negras.[31] O racismo que estrutura nossa sociedade e o racismo institucional impactam os cuidados em saúde e se configuram como determinantes dos processos saúde-adoecimento e cuidado.[32] Porém, os impactos das opressões não ocorrem separadamente, mas de forma integrada, gerando experiências singulares de violências e vulnerabilizações.[33] Portanto, as intersecções de **raça, classe social, gênero e etnia precisam estar no centro da elaboração e da realização dos processos de cuidado sob a ótica da justiça reprodutiva, assim como outros fatores que influem em como se vive o cuidado em saúde, como a orientação sexual, a identidade de gênero e a deficiência.**

O conceito de justiça reprodutiva reconhece que as decisões reprodutivas de uma pessoa estão diretamente ligadas às suas condições sociais, políticas e econômicas, isto é, aos contextos em que se inserem, incluindo suas famílias e comunidade, não sendo, portanto, apenas uma questão de escolha e acesso individual. As mulheres negras e outras mulheres racializadas, especialmente aquelas marcadas por outras vulnerabilizações, como as pobres, não-heterossexuais, com deficiência, trans ou travestis, desde quando são crianças e adolescentes, fazem parte de um grupo que tem seus direitos humanos reiteradamente violados. **Para conseguir integrar todas essas questões, a perspectiva da justiça reprodutiva é fundamental, visto que evidencia como as opressões reprodutivas são resultado da intersecção de múltiplas opressões e, por isso, a luta pela garantia da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos deve estar conectada com as lutas mais amplas por justiça social e pelos direitos humanos**.[34]

Desde muito já é sabido que, no contexto social brasileiro, raça e etnia são marcadores sociais de diferença centrais na compreensão dos processos de viver, adoecer e morrer.[35] Reconhecer isso é imprescindível para a realização de um cuidado em saúde universal, integral e equânime. Nesse sentido, **profissionais de saúde devem estar atentas e atentos para como a própria raça ou etnia e lugar de origem, atrelados a fatores de classe social,**

---

30 BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vol 53. No 20. Maio. 2022. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view

31 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório: Oficina de Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 98 p. https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf
Ver também referencia sobre Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde sobre aúde da População Negra, Vol 1. de outubro de 2023.

32 BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Número Especial. Saúde da População Negra. vol. 1, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/@@download/file>

33 LOPES F. J*ustiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero.* Organicom, v. 19, n. 40, p. 216–227, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/205773>

34 ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. *Reproductive Justice: An Introduction.* Oakland, California. University of California Press, 2017.

35 GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra. Declaração de Itapecerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras. 1993 Aug 2022; Itapecerica da Serra: Gráfica Periódica. 1993. p 14.

orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, dentre outros, atravessam a relação de cuidado. Faz-se muito necessário ficarmos atentas e atentos às condutas de julgamentos, projeções ou mesmo desconhecimento das múltiplas complexidades relacionadas à saúde reprodutiva das pessoas sob cuidado[36]. Ressalta-se que esta é uma etapa essencial para diminuir os vieses que se expressam por meio de imagens de controle produzidas sobre mulheres negras brasileiras e outras mulheres e pessoas racializadas de pertencimentos étnicos diversos.[37]

Deve-se eliminar do cuidado em saúde quaisquer pré-concepções, julgamentos e determinações sobre se, como e quando essas mulheres e pessoas devem exercer suas decisões reprodutivas, sobre como vivem sua sexualidade ou as necessidades singulares de seus corpos e experiências. É fundamental não supor que as mulheres negras e outras pessoas racializadas têm mais ou menos resistência à dor e ao adoecimento, são mais ou menos propensas à gestação e ao parto, devem ou não ter filhos, por exemplo. Apenas as próprias mulheres e pessoas podem definir suas demandas e decisões, amparadas por um cuidado integral com escuta ativa a suas necessidades e sensibilidade à discriminação que atravessa suas condições de vida.

Oferecer orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, que incluam informações sobre o aborto seguro, é uma etapa fundamental no cuidado de todas as mulheres e pessoas. Para as mulheres negras, racializadas e de diferentes pertencimentos étnicos, o cuidado em ofertar informações completas, imparciais e livres de estigma é ainda mais fundamental, dado que as oportunidades de cuidado que essas mulheres experienciam são muitas vezes limitadas a contatos pontuais ou que não atendem a todas as necessidades de proteção da sua saúde, autonomia e dignidade.

Finalmente, **esperamos também que essa cartilha e as informações aqui apresentadas sejam fomento para as Estratégias Antirracistas para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde**, como preconizado na Portaria GM/MS Nº 2.198 de 6 de dezembro de 2023.[38] Em particular, referente à **capacitação permanente da força de trabalho dos profissionais de saúde como meio essencial para alcançar a eliminação das desigualdades étnico-raciais na saúde**.

---

36 Nesse material preferenciamos utilizar pessoa, menina ou mulher sob cuidados em vez de paciente para destacar abordagens em saúde centrada na pessoa. Porém o termo paciente será encontrado em algumas instâncias específicas.

37 COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro. Tradução Jamille Pinheiro Dias. São Paulo: Boitempo. 2019.

38 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2198, de 6 de dezembro de 2023. *Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde.* Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Além de dar suporte à atuação dos profissionais que atuam na APS, recomendamos que o material seja utilizado não só na formação de residentes, mas também na preceptoria de estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, especialmente no Internato em Medicina, onde, desde 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais destinam uma carga horária significativa para estágios em APS.

Estudos com egressos da graduação em Medicina mostram que, apesar de 87% admitirem ter recebido algum conteúdo sobre a temática do aborto, 72,7% consideraram que o conteúdo ofertado não era suficiente para a sua atuação.[39] Concluintes da graduação em Enfermagem relataram que a abordagem do aborto foi limitada durante o curso a poucos momentos, em geral no contexto de morbidades do ciclo gravídico-puerperal, deixando-as se sentindo despreparadas e despreparados para assistirem as mulheres que precisam de aborto legal.[40]

O ensino na APS traz consigo a potencialidade da longitudinalidade, coordenação e integralidade do cuidado, por se tratar da formação para os primeiros cuidados e a porta de entrada no sistema de saúde de pessoas que tenham tido ou estejam vivendo uma gravidez indesejada. Esses encontros na APS permitem abordagens diferentes dos cenários que podem acontecer em outros momentos, como, por exemplo, no Pronto-Socorro ou na Maternidade, onde a pessoa por vezes já chega vítima das consequências de um aborto inseguro.

O conteúdo da cartilha oferece a possibilidade de trabalhar como os profissionais na APS podem praticar a prevenção primária e secundária ao aborto inseguro. Discutir os casos a partir de fundamentos conceituais pode melhorar o conjunto de conhecimentos técnico-científicos necessários para impactar positivamente os cuidados e desfechos clínicos. Da mesma forma, pode garantir o cumprimento da legislação e a proteção aos direitos humanos, superando, inclusive, crenças da moral pessoal que são utilizadas, de forma inadequada, como justificativa para não se aprender sobre o tema.[41]

---

39 ALMEIDA M.A.S. de, AMORIM F.H.R., BARBOSA Í.A.F., DIAS A, MORITA I. *Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica*. Rev. bras. educ. med. 36 (2), 2012, p. 243-248. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400013

40 PEREIRA A.L. de F., SCHORETER M.S. Abordagem do tema do aborto no ensino de graduação na perspectiva das enfermeiras recém-graduadas. Rev. enferm. UERJ n. 27, 2019. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/36835

41 FRÓES, N. M. F., BATISTA, C. B. Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre abortamento legal. Revista Bioética, n. 29 vol. 1, 194–207. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422021291459

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"[42] 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.[43] Esse desconhecimento, associado ao caráter velado com que a questão é tratada, é um grave problema tanto na formação como na atuação profissional das

42 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>.
43 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>.

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.[44]

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.[45, 46] 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.[47] 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.[48]

Em virtude da proximidade com mulheres e pessoas sob cuidado, suas famílias e com a comunidade, da possibilidade de seguimento de mulheres e pessoas sob cuidado e suas famílias, do conhecimento das redes de apoio locais e da possibilidade de construção de re-

---

44 Ver notas 13, 16 e 42.
45 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>.
46 Ver notas 3 e 13.
47 SOUZA, A. S; AMORIM, M. M. *Mortalidade materna pela Covid-19 no Brasil***.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2021.
48 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>.

des 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 mulheres e pessoas sob cuidado.**

Pela vida de todas, por uma sociedade mais justa.

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?[49, 50, 51]

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.

---

49 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/>.
50 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>.
51 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>.

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.[52]

- 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.[53]

- Uma em cada sete mulheres brasileiras até os 40 anos já fez um aborto.[54]

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.[55] Ainda que os dois termos possam ser definidos de formas distintas, aqui aborto e abortamento serão usados intercambiavelmente como a interrupção da gravidez que não culmina em nascido vivo.[56]

O aborto pode se dar de maneira espontânea ou induzida. A mais recente Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS) define:[57]

---

52 Ver nota 51.
53 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>.
54 DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A.. National Abortion Survey - Brazil, 2021. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, nº 6, p. 1601–1606, jun. 2023.
55 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>.
56 GIUGLIANI, C. et al. Ibid.
57 Ver códigos JA00.1 para aborto induzido e JA00.0 para aborto espontâneo. CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade 2024. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#1517114528>.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Clinical practice handbook for quality abortion care (2023). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>

- JA00.0 **Aborto Espontâneo:**

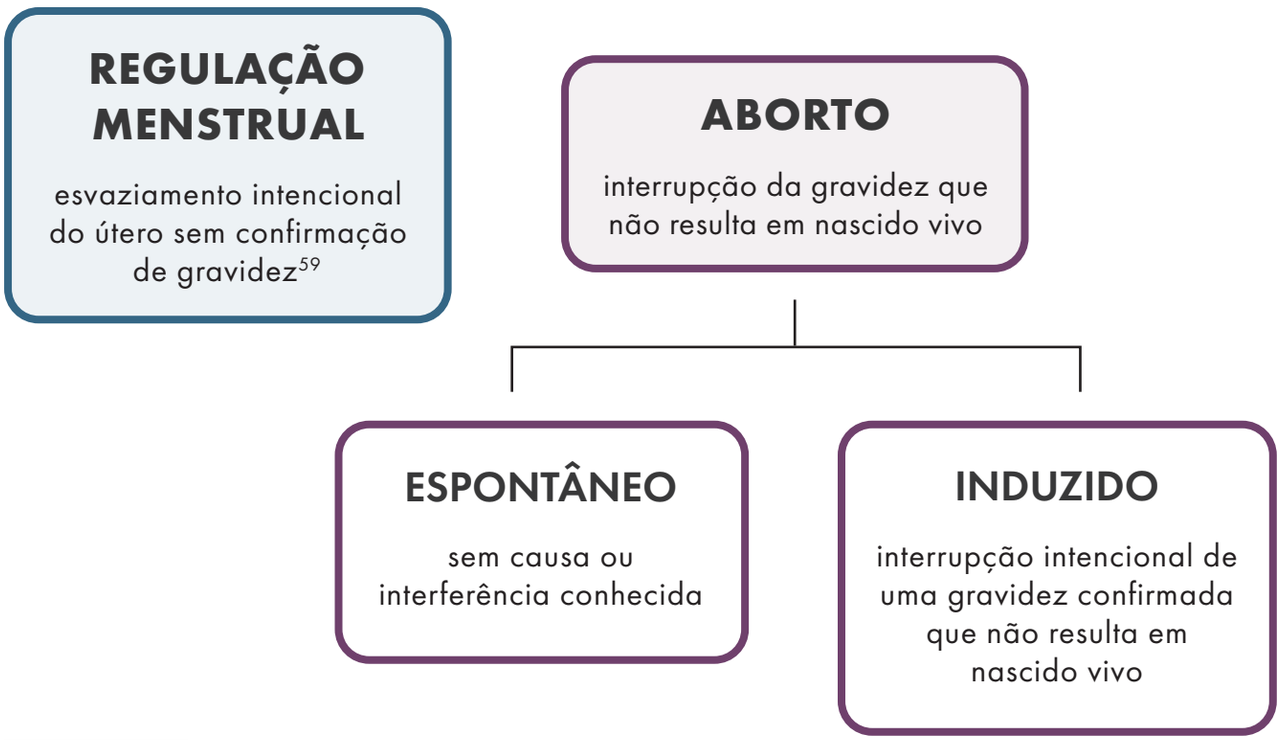
"O aborto espontâneo é a perda espontânea da gravidez (ou seja, embrião ou feto) antes de 22 semanas completas de gestação. Quando a informação sobre a idade gestacional não estiver disponível, utilizar como critério peso ao nascer inferior a 500 gramas. Os abortos espontâneos são distintos dos casos de aborto induzido".

- JA00.1 **Aborto Induzido:**

"O aborto induzido (também conhecido como interrupção artificial da gravidez) é a expulsão ou extração completa de uma mulher de um embrião ou feto (independentemente da duração da gravidez), após uma interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios médicos ou cirúrgicos, que não se destina a resultar num nascimento vivo. Os abortos induzidos são distintos dos casos de aborto espontâneo e natimorto".

> "O ABORTO É UMA INTERVENÇÃO DE SAÚDE SEGURA E NÃO COMPLEXA QUE PODE SER EFICAZMENTE GERIDA USANDO MEDICAMENTOS OU UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM VÁRIOS CONTEXTOS".[64]

O Ministério da Saúde, na sua página online sobre "Interrupção gestacional prevista em lei" e na Nota Técnica Conjunta nº 37/2023, reitera essas definições.[58]



58 BRASIL. Ministério da Saúde. Interrupção da gestação prevista em lei. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/interrupcao-gestacional-prevista-em-lei>
BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 37/2023-SAPS/SAES/MS. Disponível em: <https://static.aosfatos.org/media/cke_uploads/2024/02/29/nota-tecnica-conjunta-no-37_2023-saps_saes_ms-2.pdf>

59 Ver nota 49

COMO É FEITO O ABORTO INDUZIDO[60] DE ACORDO COM AS ÚLTIMAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS RECOMENDADAS PELAS OMS[61], FIGO[62] E FEBRASGO?[63]

60 Aqui também seguiremos recomendações de nomenclatura sugeridas pelo Comitê da Sociedade de Planejamento Familiar estadunidense, nomeando abortos feitos com medicamentos como aborto por medicamentos ou aborto medicamentoso e abortos que envolvam instrumentalização, como aspiração ou dilatação, de aborto por procedimento ou procedimento de aborto.
UPADHYAY, U. D., COPLON, L., & ATRIO, J. M. (2023). *Society of Family Planning Committee Statement: Abortion nomenclature.* In Contraception (Vol. 126). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110094

61 ORGANIZAÇAO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Clinical practice Handbook for quality abortion care. (2023). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>

62 MORRIS, J. L; WINIKOFF, B; DABASH, R; WEEKS, A; FAUNDES, A.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; *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>.

63 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.

64 ORGANIZAÇAO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo, 2022. Disponível em: https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163

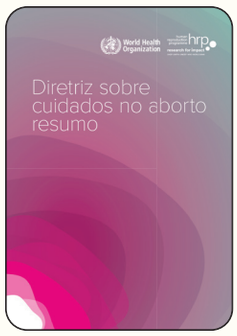
* Por serem extremamente seguros e eficazes, abortos medicamentosos em gestações com menos de 12 semanas podem ser feitos de forma ambulatorial ou até mesmo autoadministrada. Como ainda não há estudos suficientes que avaliem a segurança do aborto medicamentoso de forma ambulatorial após 12 semanas, essa modalidade não é indicada nas gestações acima de 12 semanas. A OMS também sugere a possibilidade de aborto medicamentoso com menos de 12 semanas com uso de letrozol em combinação com misoprostol.[65]

** O esquema do aborto com Mifepristona não é oficialmente disponibilizado no Brasil. A Mifepristona é um medicamento seguro e consta na lista de medicamentos essenciais da OMS.[66] O esquema Misoprostol + Mifepristona é preferencial, pois se demonstra mais efetivo do que o esquema de Misoprostol sozinho.[67]

*** 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.[68]

QUER SABER MAIS DETALHES?

CONFIRA AS RECENTES DIRETRIZES DA OMS (2022) SOBRE CUIDADOS EM ABORTO AQUI:



Fonte: Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Acesse por:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1

65 Ver nota 61.
66 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>.
67 Ver notas 60, 61 e 62.
68 Ver notas 61 e 62. Nota Técnica Conjunta nº 37/2023-SAPS/SAES/MS. Disponível em: <https://static.aosfatos.org/media/cke_uploads/2024/02/29/nota-tecnica-conjunta-no-37_2023-saps_saes_ms-2.pdf>

O QUE É UM ABORTO SEGURO?[69]

De acordo com a OMS, um aborto é considerado seguro quando atende a dois critérios:

1. Utiliza métodos apropriados e compatíveis com o tempo gestacional; e
2. É feito ou acompanhado por uma pessoa com informações e/ou competências adequadas.

A classificação do grau de segurança do aborto é um espectro e, quando ao menos um desses elementos estiver 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	✓	✓	✗	✗
feito ou acompanhado por pessoa com informações e/ ou competências adequadas	✓	✗	✓	✗

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.[70] De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, o risco de morte por aborto em condições seguras é de 0,00045%, ou seja, não chega a uma morte a cada 200.000 procedimentos/tratamentos de aborto legal.[71] Veja os dados comparativos abaixo:

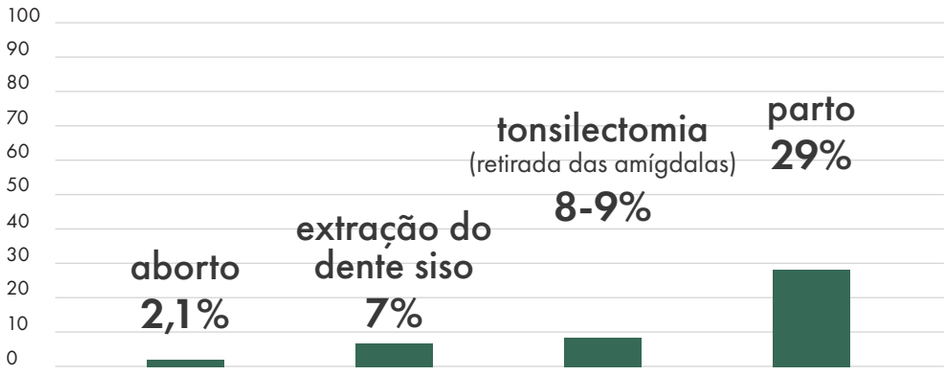
---

69 GANATRA, B; GERDTS, C; ROSSIER, C; JOHNSON, B. R; TUNÇALP, Ö; ASSIFI, A; G*lobal, 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>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>

70 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>

71 KORTSMIT, KATHERINE; NGUYEN, ANTOINETTE T.; MANDEL, MICHELE G.; *Abortion Surveillance* — United States, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries, v. 72, n. 9, p. 1-29, 2023. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10684357/pdf/ss7209a1.pdf>

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

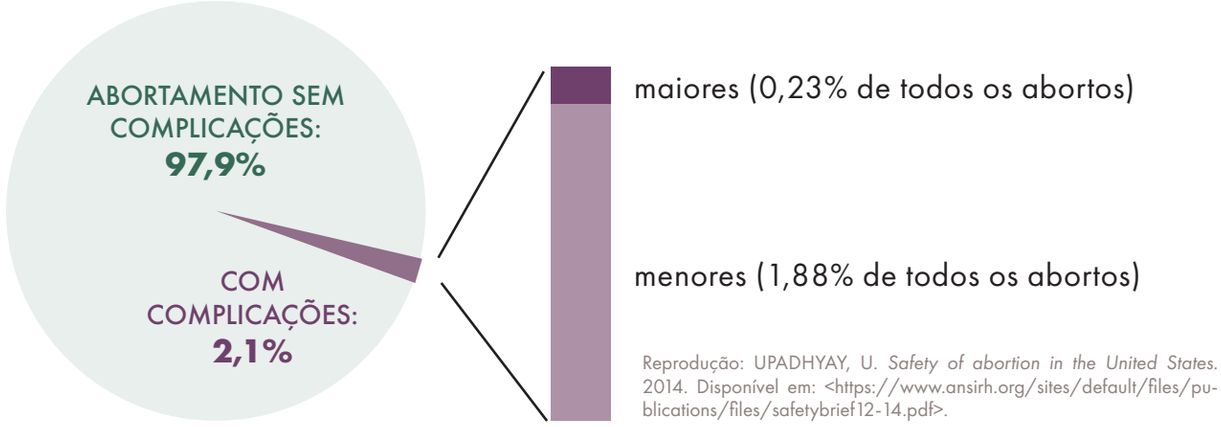


* em todos os casos, essas são principalmente complicações menores.

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.

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/safetybrief12-14.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 não complexo com baixa probabilidade de complicação, e reunir métodos adequados e pessoal treinado para 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:[72]

- Desinformação e estigmatização;

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

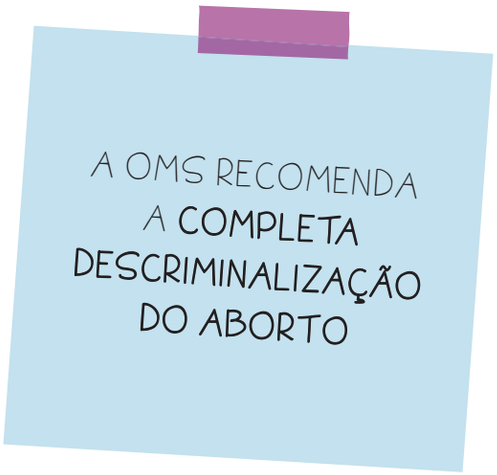
- Discriminação e violência institucional em serviços de saúde contra mulheres, adolescentes e outras pessoas que podem gestar;

- 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.

---

72 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: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/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>.

Por essas razões, a OMS recomenda a descriminalização total do aborto, retirando-o de todas as leis penais e criminais, como estratégia para a garantia de direitos, de cuidados essenciais e para a mitigação dos abortos inseguros e mortes maternas. A OMS também recomenda que quaisquer barreiras que prejudiquem o acesso e cuidados oportunos em aborto sejam removidas.[73]



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,[74] mas ainda é muito utilizado no Brasil,[75] podem fazer com que um aborto previsto em lei se torne menos seguro.[76]

E O ABORTO AUTOADMINISTRADO, É SEGURO?

Sim, desde que seja realizado com o uso correto dos medicamentos e com o acompanhamento e/ou informações adequadas. 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.[77]

O aborto por medicamentos em gestações com menos de 12 semanas feito com orientações adequadas e medicamentos corretos é tão seguro que pode ser autoadministrado. A

---

73 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortion care guidelines. (2022) Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
74 Ver notas 61, 63 e 68.
75 Ver nota 8.
76 Ver nota 69.
77 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>.

OMS[78] e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia[79] também reiteram a segurança e a eficácia da **autogestão** total ou parcial do aborto por medicamentos no primeiro trimestre, envolvendo idealmente o acompanhamento, virtual ou presencial, por profissionais de saúde. Para muitas mulheres e pessoas que gestam, a autoadministração é a opção mais confortável ou aquela que melhor se adequa ao seu contexto. No Brasil, o aborto medicamentoso por telessaúde é realizado desde a pandemia da Covid-19 e está de acordo com as normativas legais vigentes no país.[80]

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.[81] No entanto, no Brasil, o direito ao aborto é restrito a três situações:[82] (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 tempo gestacional.

*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.[83]

78 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recommendations on self-care interventions, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-22.1>

79 INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services. Posicionamento de 18 de março de 2021. Disponível em: <https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>

80 DINIZ, D., AMBROGI, I., & CARINO, G. (2021). *Telemedicine abortion: A channel to Brazilian women*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 154 (July), 1–2. https://doi.org/10.1002/ijgo.13821

81 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. et al. Ibid.
Organização Mundial da Saúde (OMS). Global Abortion Policies Database. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/country/brazil/>.

82 BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal, artigo 124, ADPF 54.

83 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.

O Ministério da Saúde, em sua página online[84] e em nota técnica,[85] reafirma:

1. Não há limite de tempo gestacional para o acesso ao aborto legal no Brasil[86]

2. Para se ter direito ao aborto legal por risco de vida não é necessário que esse risco seja iminente

3. Informações adequadas e completas devem ser garantidas às pessoas que possam precisar de um aborto legal

4. Os serviços de saúde devem garantir atendimento ao aborto legal

5. A APS é importante na identificação de casos, reconhecimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva e na garantia de direitos e cuidados adequados.

ACESSE AQUI O SITE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA SABER MAIS SOBRE INTERRUPÇÃO GESTACIONAL PREVISTA EM LEI:

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/interrupcao-gestacional-prevista-em-lei

84 BRASIL. Ministério da Saúde. Interrupção da gestação prevista em lei. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/interrupcao-gestacional-prevista-em-lei>
85 BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta No 37/2023-SAPS/SAES/MS. Disponível em: <https://static.aosfatos.org/media/cke_uploads/2024/02/29/nota-tecnica-conjunta-no-37_2023-saps_saes_ms-2.pdf>
86 BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>

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

1. Direito à informação.
"Mulheres e pessoas com gravidez indesejada devem ter pronto acesso a informações confiáveis e a uma orientação compreensível".[87] Esse acesso deve ser igualitário em relação a informações sobre planejamento familiar e redução de danos.[88]

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.

5. Direito a **acompanhante** durante as consultas, os exames e as internações, sem necessidade de autorização ou notificação prévia.[89, 90]

QUAIS SÃO OS DEVERES DO ESTADO E DE PROFISSIONAIS 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 **prover 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**.

---

87 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>
88 BRASIL. Lei nº 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>.
89 BRASIL. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm>
90 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>

"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 nº 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 nº 9.263/1996)[91]

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

91 BRASIL. Lei nº 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>.

O QUE O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DETERMINA? [92]

- 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).

Cabe aos e às profissionais de saúde da APS atentarem para as melhores práticas em saúde, de forma a prevenir e não causar danos à saúde das mulheres e pessoas sob cuidado, 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.[93]

---

92 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

93 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.

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

HÁ RISCO DE ABORTAMENTO

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 reprodutivo para evitar nova gestação indesejada

NÃO

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

[via enfermeiro(a) / médico(a)]

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.

TÁ NA LEI, TÁ NO SUS: reduzir danos é tarefa da atenção primária em saúde!

A Lei do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/1990)[94] 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:[95]

- 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.

94 BRASIL. Lei nº 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>.
95 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/sites/default/files/Publicacion-ESP-BP-Uruguay-2012.pdf>.

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 se deu 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.[96]

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.[97]

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.[98]

---

96 Ver nota 95 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>.

97 GROSSMAN, D; BAUM, S. E; ANDJELIC, D; TATUM, C; TORRES, G; FUENTES, L. *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.

98 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>.

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.[99]

Vale reforçar que a redução de danos já está prevista na Lei do SUS (Lei nº8.080/90) 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.[100]

A OMS também reconhece diferentes modalidades para fornecimento de informações sobre aborto, como linhas de atendimento telefônico (hotlines), telemedicina, estratégias de redução de danos e de trabalho na comunidade, assim como interações individuais e presenciais com profissionais de saúde.[101]

Chegou a nossa vez! É pela vida. Vamos?

---

99 CAMPINAS. Lei Municipal nº 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>.
100 Ver notas 87, 88, 91 e 92 e GIUGLIANI, C. et al. Ibid.
101 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortion care guidelines, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

ROTEIRO PARA ABORDAGEM BASEADA NA REDUÇÃO DE DANOS

A proposta desta seção é fornecer aos e às 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 se essa gravidez se encaixa nas hipóteses de aborto legal e se há inclinação das mulheres e pessoas sob cuidado 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 MULHERES E PESSOAS SOB CUIDADO 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 das mulheres e pessoas sob cuidado.[102]

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. A atenção aos detalhes é importante para prevenir situações de perigo para a saúde das mulheres e pessoas sob cuidado.[103]

---

102 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/documentos/cambio-relacion-sanitaria-modelo-uruguayo-reduccion-riesgo-dano-aborto-inseguro>.
103 HYMAN, A. et al. Misoprostol in women's hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion. Contraception. v. 87, n. 2, 2013, pp. 128-130.

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.[104]

importante:

O insumo para o teste rápido de gravidez pode ser entregue à mulher, à pessoa sob cuidado 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.[105]

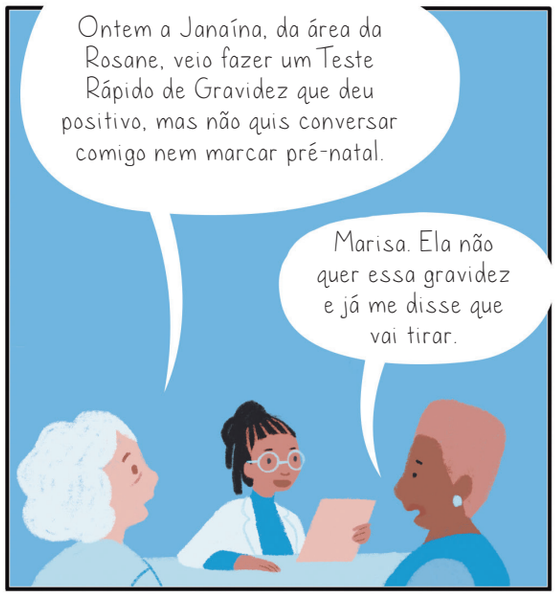
A seguir: uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre uma equipe da Unidade Básica de Saúde que se reúne para discutir os casos da semana e conversa sobre o fluxo do Teste Rápido de Gravidez (TRG), também conhecido como TIG. A equipe debate questões sobre sigilo, disponibilidade do teste e o que fazer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

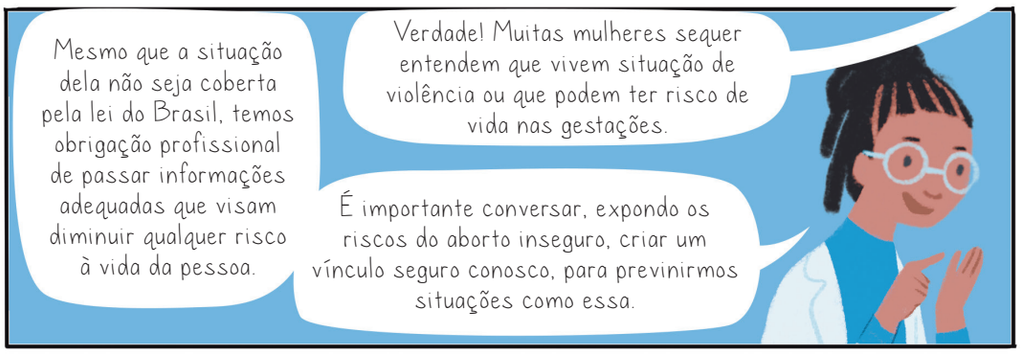
104 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>

105 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>.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortion care guidelines 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

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 mulheres ou as pessoas sob cuidado...

...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 a vida delas em risco.

Para começar, podemos ler juntas este material.

Ele é muito bom, bem simples e objetivo!

Com pontos importantes pra que todo mundo da equipe - do porteiro à limpeza - possa 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 mulher ou da pessoa sob cuidado.

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, até com pena de prisão. 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 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.

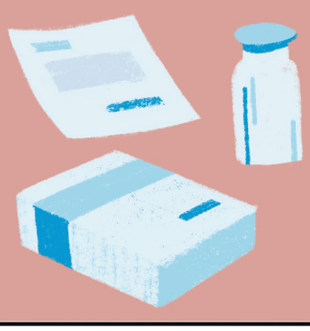
Se feliz, aí sim podemos parabenizar e orientar para o pré-natal. Se não, devemos tentar já marcar uma consulta comigo ou com a enfermeira assim que puder.

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, com 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
E MARIA TERESA GARCIA ALVES

Layout
PRIWI

Arte
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

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 as mulheres e pessoas sob cuidado 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.[106]

Caso se verifiquem sentimentos de hesitação relacionados à gravidez, recomenda-se um aconselhamento mais aprofundado acerca dessa questão.[107]

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.

---

106 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>.

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

deve-se sempre:

- Recepcionar as mulheres e pessoas sob cuidado 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:[108]

  - 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 tempo gestacional aos casos permitidos, que são: (i) gravidez resultante de violência sexual, (ii) risco de vida para a mulher ou pessoa que gesta e (iii) quando o feto for anencéfalo ou apresentar 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.

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

---

108 Ver notas 103 e 104.

Crianças e adolescentes podem ser atendidas sozinhas ou atendidos sozinhos?

Sim. Segundo o art. 100, V do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as crianças e adolescentes possuem direito à privacidade. Portanto, essa opção deve ser apresentada a elas, e devem ser atendidas sozinhas sempre que manifestarem essa vontade.

Isso também é enfatizado pelo Comitê sobre os Direitos das Crianças da Organização das Nações Unidas, no Comentário Geral nº 15[109], que enfatiza o direito de toda criança, de acordo com suas capacidades evolutivas, ao atendimento confidencial e ao acesso à informação, sem a necessidade de consentimento parental ou de responsável legal.

Igualmente, o Código de Ética Médica (CEM) reafirma o dever do sigilo profissional nos cuidados às crianças ou adolescentes. Segundo o art. 74 do CEM, é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que a criança ou adolescente tenha capacidade de discernimento sobre sua condição, e que a não revelação não acarrete dano ao paciente.

De acordo com o Ministério da Saúde:

1. Adolescentes têm o direito a serem atendidos sozinhos ou sozinhas;

2. Mesmo quando acompanhados, a oportunidade de atendimento sem os pais e/ou responsáveis deve ser apresentada;

3. A ou o adolescente deve ser estimulado em sua autonomia e protagonismo referente aos seus cuidados em saúde.[110]

---

109 COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD. General Comment 15, §31. https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g13/428/14/pdf/g1342814.pdf

110 BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf/view#:~:text=Semana%20Nacional%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20da,a%20sa%C3%BAde%20e%20garantindo%20direitos>

De acordo com a Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS:

"Adolescentes têm o direito de receber atendimento no planejamento reprodutivo sem qualquer forma de ameaça ou discriminação, com garantia de consentimento informado e esclarecido, de privacidade e de sigilo. Podem ser atendidos mesmo quando desacompanhados, ou se assim desejarem. Os serviços de saúde devem fornecer atendimento integral baseado nas melhores evidências científicas, antes mesmo do início da atividade sexual e reprodutiva, a fim de auxiliá-los na abordagem positiva e responsável de sua sexualidade, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado".

"Nos casos em que o adolescente procurar atendimento acompanhado por pais e/ou responsáveis, os profissionais de saúde devem apresentar a possibilidade do atendimento desacompanhado como estímulo positivo à autonomia e cidadania (se o contexto demonstrar pertinência).

Nesse caso, é importante não falar sobre o adolescente como se não estivesse presente ou permitir que seu protagonismo pareça menos importante."[110]

A notícia da gestação e as informações sobre direito ao aborto legal e outras informações sobre saúde podem ser ofertadas para a criança ou o adolescente se estiver sozinha ou sozinho?

Sim. De acordo com o ECA (art. 71), as crianças e adolescentes possuem direito à informação, devendo ser sempre informadas e informados sobre seus direitos e procedimentos que lhes dizem respeito.

Segundo o Ministério da Saúde, **"o adolescente deve ser estimulado a participar ativamente, enquanto protagonista de seu próprio cuidado", tendo "direito de atendimento nos serviços de saúde, mesmo estando desacompanhado; com a garantia de atenção a suas necessidades".**[112]

No entanto, como a gestação em crianças e adolescentes com frequência pode ser oriunda de violência sexual, é imprescindível considerar a comunicação obrigatória e suas consequências.

continua na próxima página

111 BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf/view#:~:text=Semana%20Nacional%20de%20Prevenção%20da,a%20saúde%20e%20garantindo%20direitos.">

112 Ver Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS referida na nota 111.

Sobre isso, o Ministério da Saúde ressalta que "há casos em que a garantia da proteção passa pela quebra do sigilo, podendo haver constrangimento ocasionado pela revelação à família e/ou rede de proteção. Nesses casos, explicar a decisão ao adolescente, oferecendo a ele a oportunidade de se preparar para o momento da comunicação, o que amortece o impacto emocional dessa atitude."[113]

A decisão pela comunicação sobre a situação de saúde aos pais ou responsáveis deve ser regida pelo princípio da proteção integral e pode ser negociada, desde que haja segurança de que essa comunicação não acarrete em violações de direitos da criança ou adolescente e que a criança ou adolescente consinta essa comunicação.

Gestações em crianças ou adolescentes menores de 14 anos são entendidas como decorrentes de estupro?

Sim, são qualificadas como estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal).

Em caso de gestação em adolescente com menos de 14 anos decorrente de relação com outro adolescente menor de idade, ainda assim é possível considerar estupro de vulnerável?

Sim. Trata-se do chamado estupro de vulnerável bilateral, tendo em vista que a vulnerabilidade é recíproca. Todas as previsões de proteção se mantêm, inclusive o direito ao aborto legal.

113 Ver Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS referida na nota 111.

Adolescentes de 10 a 18 anos podem consentir ao aborto legal?

Sim. A possibilidade de crianças e adolescentes consentirem com procedimentos de saúde sexual e reprodutiva depende de mecanismos de apoio à tomada de decisão e de sua capacidade de discernimento.

Segundo o Ministério da Saúde, todo adolescente - isto é, pessoas de 10 a 19 anos - **tem direito ao atendimento com garantia de consentimento informado e esclarecido e sigilo**, e deve ser estimulado em sua autonomia e protagonismo no seu cuidado. Ou seja, a vontade, escolha e decisão do adolescente deve ser sempre central nas decisões de cuidado, compreendendo, é claro, as especificidades de compreensão e desenvolvimento.

Nos casos em que há necessidade de acionar a rede de proteção, deve-se certificar que a segurança, privacidade e sigilo do adolescente não serão infringidos. **O acionamento da rede proteção nunca pode culminar na desproteção da ou do adolescente. O atendimento às demandas de saúde é prioritário e não está condicionado ao acionamento da rede de proteção.** Assim, a escuta atenta sobre como e com quem se revelam informações deve ter prioridade para o profissional de saúde e qualquer outro profissional envolvido.

Outros adultos de confiança da criança ou adolescente, que não a família, podem ter que ser envolvidos para que a autonomia e o protagonismo do adolescente no direito decisório sobre seus cuidados sejam garantidos.

O Conselho Tutelar deve ser sempre acionado nos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?

Sim, por força do art. 13 do ECA. Contudo, toda e qualquer comunicação — seja aos pais ou às autoridades competentes — deve ser regida pelo princípio da proteção da criança ou adolescente. **Dessa forma, se a comunicação ao Conselho Tutelar for prejudicial à criança ou adolescente, não deverá ser realizada.**[114] Nada impede que a comunicação ocorra em um momento posterior, para que seja feita quando não houver risco.

---

114 BRASIL. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual - perguntas e respostas para profissionais de saúde, 2011, p. 38.

Lembre-se de que uma criança ou adolescente pode chegar ao serviço de saúde sozinha, com adulto de confiança ou com alguém da rede de proteção desejando realizar o aborto legal, sem que os pais ou responsável tenham tido o conhecimento sobre isso. Nessa situação, a criança ou adolescente pode manifestar a vontade de que seus genitores não sejam comunicados e, desde que isso não lhe cause prejuízos, sua decisão deverá ser respeitada.

Contudo, também pode ocorrer de os pais chegarem ao serviço manifestando divergência em relação ao procedimento. Nessas situações, o serviço deve acolher e informar os responsáveis sobre o procedimento e a importância de se respeitar a decisão da criança ou adolescente, buscando superar o conflito. Se a oposição continuar, o Ministério Público deverá ser imediatamente acionado para ingressar com pedido de supressão da divergência entre os responsáveis legais, sempre garantindo a direito decisório da criança ou adolescente.

Ao receber o caso de uma criança ou adolescente vítima de violência sexual, os profissionais de saúde devem avaliar com cautela a comunicação aos familiares ou responsáveis legais. Contrariamente ao paradigma menorista, **o paradigma da proteção integral, instituído pelo ECA, reconhece o Estado e a comunidade, e não apenas a família, como entes de proteção da criança e do adolescente.** Considera-se que, ao contrário do que se imagina, a família, embora importante para o desenvolvimento da criança ou adolescente, nem sempre é sinônimo de proteção, e tampouco atua isoladamente, mas em complementariedade com o Estado e a comunidade, que também podem e devem proteger as crianças. Não se pode relevar o fato de que a maior parte das violências sexuais é praticada por familiares e conhecidos. Em 2023, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, foram registrados mais de 80 mil estupros. Em 61,6% dos casos, as vítimas tinham até 13 anos, sendo que 86,4% delas sofreram a violência por familiares ou conhecidos, e 64,7% dos estupros de vulnerável ocorreram em suas residências.[115] Dessa forma, acionar os responsáveis legais pode implicar em revitimização e ocasionar maiores danos à criança ou adolescente. Nesse sentido, é imperativo ouvir a criança ou adolescente com cuidado, respeitar sua condição de pessoa em desenvolvimento e orientar a decisão de comunicação ou não a partir das circunstâncias do caso concreto, sempre compreendendo que a comunicação — aos responsáveis ou à rede de proteção — pode ser feita em momento oportuno, após garantido o atendimento de saúde. É crucial considerar também que, especialmente em relação a demandas de saúde sexual e reprodutiva, em muitos casos as crianças e adolescentes podem sofrer com julgamentos e revitimização na família, sendo importantíssimo avaliar o porquê de aquela criança ou adolescente não desejar comunicar e pensar nas medidas a serem adotadas a partir disso.

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre gravidez em menores de 14 anos na APS: Pamela busca cuidados e informação em um posto de saúde. Traz discussões sobre o direito ao aborto legal, confidencialidade e procedimentos necessários quando há suspeita de violência a menores de idade.

---

115 ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 18, 2024. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/f62c4196-561d-452d-a2a8-9d33d1163af0>.

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?

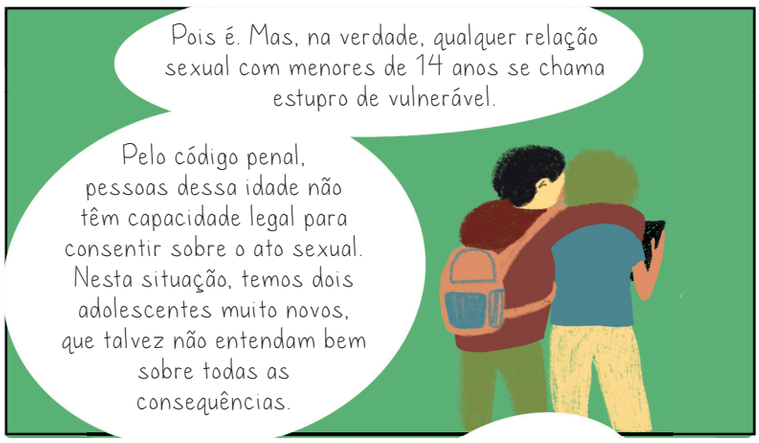
É importante que todas nós conversemos sobre o que a Pamela me contou...
...é possivel que ela tenha vivido uma situação de violência ou abuso.
Abuso? Como assim? O que aconteceu?
Filha, voce está bem?

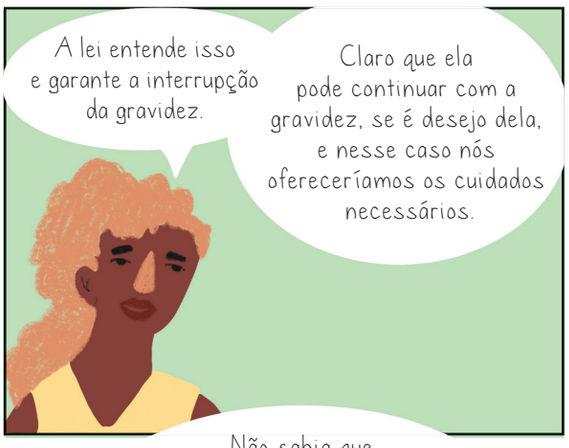
Ela está com atraso da menstruação e precisamos fazer teste de urina de gravidez.
teste de gravidez
Pode fazer o teste, sim.

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, a enfermeira entrega o resultado do Teste Rápido de Gravidez para a médica. Juliana lê o resultado positivo.





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

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

Layout
PRIWI

Arte
BÁRBARA QUINTINO

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

4.1. GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

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 mulher ou pessoa.

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 violência sexual.

Violência Sexual, segundo a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), é **qualquer conduta que constranja a pessoa a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força**; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.[116]

Nos termos do Código Penal, a violência sexual pode ser tipificada de três formas:

1) **Constrangimento:** qualquer situação que impeça ou dificulte a livre manifestação das vontades da pessoa envolvida. Isto é:

   • Obrigar ou induzir a parceira, seja por coação, ameaça ou violência física ou psicológica, a praticar qualquer ato sexual;

   • Se recusar a usar preservativo ou impedir que a parceira faça uso de métodos contraceptivos;

2) **Fraude:** quando a concordância ao ato sexual se dá com base em manipulação, formas de se enganar ou ludibriar a parceira e/ou quando o ato sexual foge do combinado e consentido pelos envolvidos. Isto é:

116 BRASIL. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm>

- Retirar o preservativo sem o conhecimento da parceira (*stealthing*);

- Ejacular dentro da vagina da parceira sem o seu consentimento;

- Consentir o ato sexual a partir de uma mentira, por exemplo, de que o parceiro iria utilizar o preservativo durante toda a relação e não o realizou;

3) **Estupro de vulnerável:** qualquer ato sexual ou libidinoso com menores de 14 anos ou que envolva pessoa que não tem condições de dar consentimento. Isto é:

- Pessoas sob efeito de álcool, outras drogas ou medicamentos que alterem a consciência;

- Pessoa adormecida;

- Pessoa com deficiência ou adoecimento que prejudique o discernimento para consentir na relação.

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 mulher ou pessoa sob cuidado;

Buscar saber sobre como a mulher ou a pessoa sob cuidado 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 >

continua na próxima página

< conjugal ou familiar. Aqui, podem ser fornecidos materiais informativos a respeito;[117]

Avaliar a situação de segurança da mulher ou da pessoa sob cuidado. 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 nos Casos Previstos em Lei (art. 694 ao art. 700 da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017).[118] Informar sobre a **não obrigatoriedade de denúncia à polícia para o acesso ao aborto legal**.[119] 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.

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre identificação de gravidez decorrente de violência sexual na APS: Joana que 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.

---

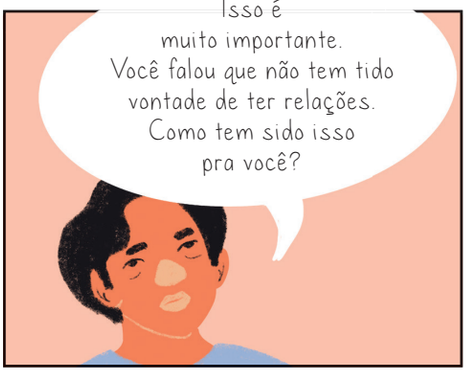
117 BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>.
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO 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.

118 Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITVCAPVIISECII

119 **Nenhuma comunicação externa aos serviços de saúde pode ocorrer com a identificação da mulher ou pessoa gestante contra a sua vontade, ou em situações que não sejam de risco iminente a sua vida, conforme o art. 3º da Lei nº 10.778/03.** 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 – o que também está de acordo com a previsão do Código Penal, única lei sobre aborto no Brasil, o qual não estabelece nenhum outro requisito de acesso para além do consentimento da pessoa que gesta.

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 eu 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, 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?

SECRETARIA DE SAÚDE

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 Médico 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

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

VIOLÊNCIA SEXUAL E GARANTIA DE ATENDIMENTO (LEI DO MINUTO SEGUINTE)

A legislação brasileira estabeleceu o direito ao atendimento das vítimas de violência sexual na Lei nº 12.845/2013,[120] também conhecida como Lei do Minuto Seguinte. De acordo com essa lei, todas as vítimas têm direito a **atendimento imediato, gratuito e integral em hospitais públicos e privados** que integrem o Sistema Único de Saúde (SUS) e ao suporte integral **sem obstáculos burocráticos ou exigências legais prévias, isto é, a denúncia à polícia ou à justiça não é obrigatória para se receber o atendimento.** A lei é fundamental para a garantia de direitos básicos de saúde em casos de violência sexual e estabelece:

- Violência sexual como qualquer forma de atividade sexual não consentida;
- A garantia de um atendimento imediato e prioritário para as pessoas que buscam ajuda após uma situação de violência, com todos os procedimentos necessários para reduzir danos físicos e psicológicos e prevenir complicações, como infecções sexualmente transmissíveis e gravidez;
- A garantia de informação sobre todos os direitos legais e de saúde;
- A assistência humanizada e a garantia do sigilo e da privacidade.

Na APS, essa lei pode ser entendida também a partir de alguns cuidados básicos que devem ser garantidos às vítimas de violência. Além da escuta qualificada e do atendimento humanizado, a profissional da saúde deve:[121]

- Escutar sem julgar e sem revitimizar a pessoa;
- Determinar a temporalidade da agressão;
- Indagar se a pessoa está segura e se precisa de apoio para acionar os dispositivos da rede de segurança (como realização de boletim de ocorrência para garantia de medida protetiva; coleta de vestígios no Instituto Médico Legal, ou outras necessidades urgentes);

---

120 BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm.
121 Para mais informações sobre fluxograma de atendimento às vítimas de violência, ver "Fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual", do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/fluxo_atendimento_saude_mulheres_adolescentes_violencia_sexual.pdf>

• Oferecer profilaxia e exames de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs);

• Oferecer profilaxia de gravidez indesejada;

• Caso constate-se a gravidez como resultado da violência, orientar sobre o direito ao aborto legal.

A seguir, uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre a garantia de atendimento das vítimas de violência sexual na APS: Priscila busca atendimento após uma violência sexual. Com abordagem de cuidados centrado na pessoa, conversa com o profissional de saúde sobre profilaxias, exames, risco de gravidez e infecções, não obrigatoriedade de denúncia para cuidados em saúde e direito ao aborto legal, se for o caso.

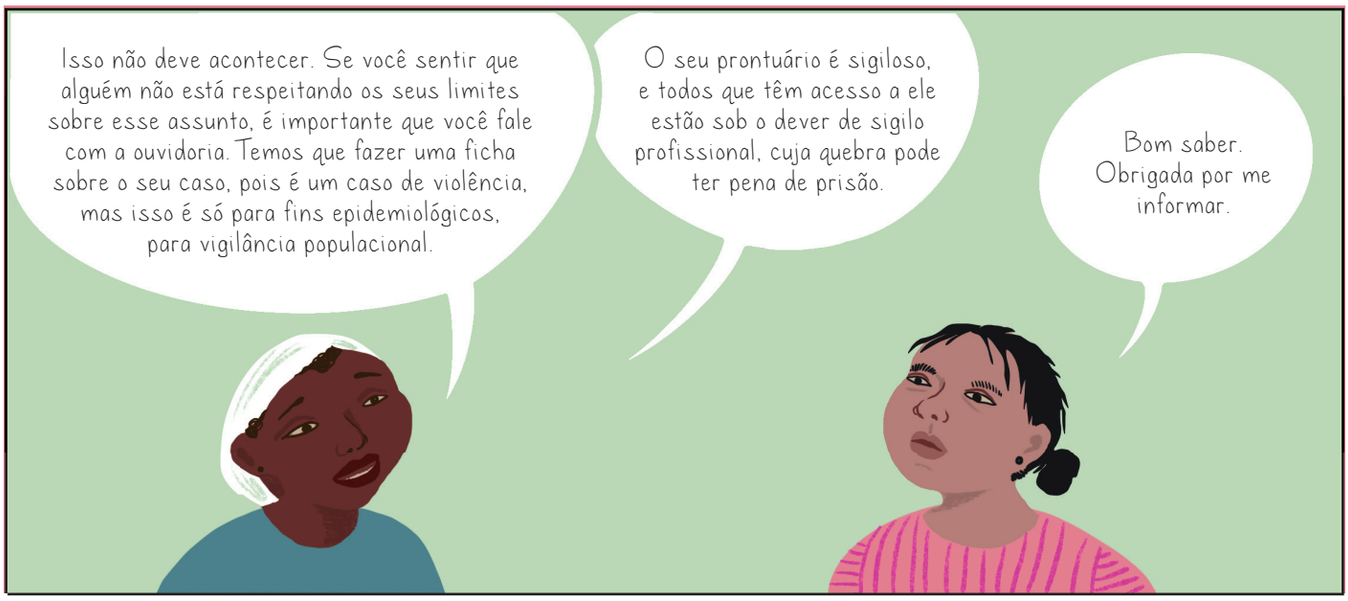
EU SÓ PRECISO DE UNS EXAMES E UM REMÉDIO

PRISCILA TEM 23 ANOS. DOIS DIAS ATRÁS, ELA SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL DO EX-COMPANHEIRO. HOJE, ELA BUSCA ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS).

[1] Unidade de Pronto Atendimento
[2] Boletim de Ocorrência

[3] Infecção sexualmente transmissível
[4] Dispositivo Intrauterino

Eu quero os comprimidos.
Certo. Pronto. Infelizmente, esse método não tem nenhuma efetividade se você já ovulou, então é importante que você retorne daqui a 2 ou 3 semanas para realizarmos um teste de gravidez. Desses de urina, sabe?
Se você quiser, você pode passar e pegar o teste e levar para fazer em casa, ou também pode comprar na farmácia. Mesmo os mais baratos que têm na farmácia são bem precisos. Faz sentido?
Sim.
É importante que você saiba que, caso essa situação gere uma gravidez, você também tem direito ao aborto previsto por lei.
Certo, entendi. Que alívio!
Agora, você gostaria de fazer testes rápidos para HIV, hepatite B e C e sífilis? Também podemos fazer profilaxia para essas infecções, isto é, passar alguns remédios para você tomar para evitar que se contamine caso tenha sido exposta. O que acha?
Sim, eu gostaria de fazer isso.
Priscila, tanto com a possibilidade de gravidez quanto com a de infecção vai ser importante você retornar para fazermos mais exames e checarmos mais adiante.
Da mesma forma, com o remédio para evitar uma possível gravidez, esses para evitar uma possível infecção podem não funcionar. Então, recomendo o acompanhamento. Tudo bem?
Sim, tudo bem. Mas vão sempre ficar me perguntando e lembrando do que aconteceu? Eu não queria que ninguém soubesse o que aconteceu comigo e não quero ficar falando disso...



Roteiro
DANDARA PIMENTEL FREITAS, DÉBORA SILVA TEIXEIRA, MELANIE NOËL MAIA E EQUIPE ANIS.

Layout
PRIWI

Arte
BRUNA BARROS

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

4.2. RISCO DE VIDA PARA A MULHER OU PESSOA QUE GESTA

A discussão sobre o direito ao aborto por risco de vida deve ser feita a partir da compreensão de que quase a totalidade, isto é, **mais de 90% das mortes maternas são mortes evitáveis.** No Brasil, as mulheres negras e as populações marginalizadas são as mais afetadas.

A interrupção da gestação, seja culminando em um aborto ou em um parto, pode ser uma intervenção de cuidados essenciais para salvar a vida da mulher ou pessoa que gesta e que se encontra em situação de risco.

Segundo o protocolo da Febrasgo sobre "Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais" e o Ministério da Saúde, **o risco de morte à mulher ou pessoa que gesta NÃO PRECISA SER IMINENTE para que ela tenha direito ao aborto legal.** Doenças pré-existentes à gestação podem causar mais de 25% do total de mortes maternas. A verificação sobre doenças crônicas avançadas com progressão durante a gestação faz parte dos cuidados que, se seguidos de condutas adequadas, como a possibilidade de realizar um aborto legal ou parto, protegem e salvam a vida da mulher ou pessoa que gesta. Isso também se aplica às doenças que se desenvolvem e agravam durante a gestação, como pré-eclâmpsia, por exemplo.

Segue a reprodução de **uma lista não exaustiva,** presente no documento da Febrasgo, das condições que implicam risco de morte e nas quais o aborto legal deve ser apresentado como opção para proteger a vida da mulher ou pessoa que gesta:

1. Mola hidatiforme parcial;
2. Hiperêmese gravídica refratária a tratamento, com insuficiência hepática ou renal grave;
3. Neoplasia maligna que requer tratamento cirúrgico, radioterapia e\ou quimioterapia;
4. Insuficiência cardíaca congestiva classes funcionais III-IV com doença cardíaca congênita ou adquirida (valvular e não valvular) com hipertensão arterial e doença cardíaca isquêmica refratária a tratamento;
5. Hipertensão arterial crônica grave com lesão de órgão-alvo;
6. Lesão neurológica grave que piora com a gestação;
7. Lúpus eritematoso com dano renal grave refratário a tratamento;
8. Diabetes mellitus avançado com dano orgânico;
9. Insuficiência respiratória grave demonstrada por existência de pressão parcial de oxigênio < 50 mmHg e saturação sanguínea de oxigênio < 85%.

O protocolo ainda menciona que **qualquer outra patologia que ponha em risco a vida ou a saúde da pessoa grávida deve ser considerada em avaliação técnica de profissionais de saúde**, para mitigar os riscos de uma gravidez potencialmente fatal, interrompendo-a preventivamente, caso essa seja a decisão de quem gesta.

Quando a gravidez representa risco à vida ou à saúde da pessoa ou mulher que gesta, pode ser que seja exigido um laudo, indicando a condição que justifica a interrupção, de duas pessoas profissionais da medicina, sendo uma delas especialista em ginecologia-obstetrícia.

É dever profissional avaliar, informar e esclarecer sobre os riscos da manutenção da gestação nesses casos, podendo ser penalmente responsabilizada/o por omissão caso não o faça. A decisão sobre a interrupção da gestação é da mulher ou pessoa que gesta.

Antes de inserir o assunto da possibilidade de realizar procedimento de aborto legal, recomenda-se buscar saber como a mulher ou pessoa sob cuidado se sente quanto à sua situação de saúde, à gravidez e ao risco de vida.

deve-se ainda:

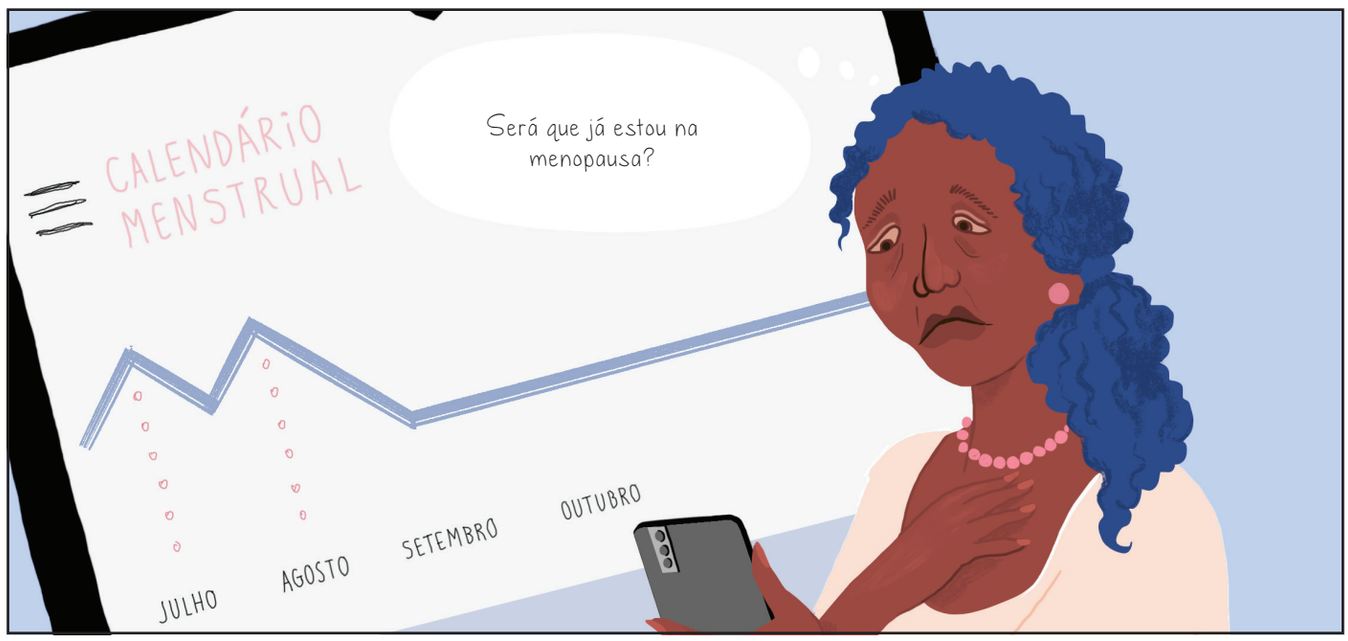
Explicar os requisitos e o procedimento de aborto legal.

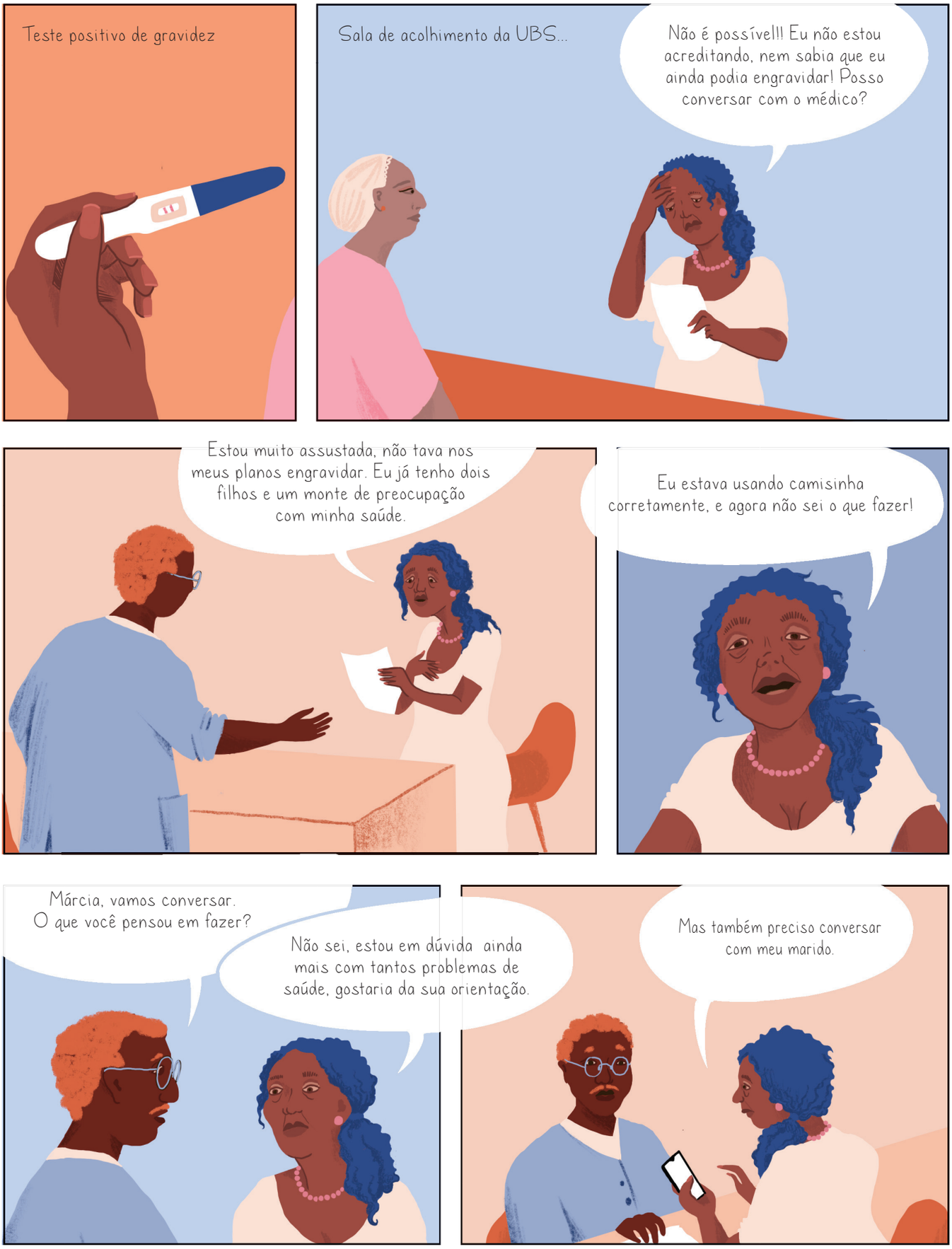
Discutir sobre opções reprodutivas e a oferta de acompanhamento multiprofissional.

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre quando a gravidez representa risco de vida ou à saúde: Márcia tem problemas crônicos e avançados de saúde quando descobre uma gravidez. Conversa com o profissional de saúde sobre gravidez de risco e suas opções de cuidado, inclusive a de aborto legal por risco de vida.

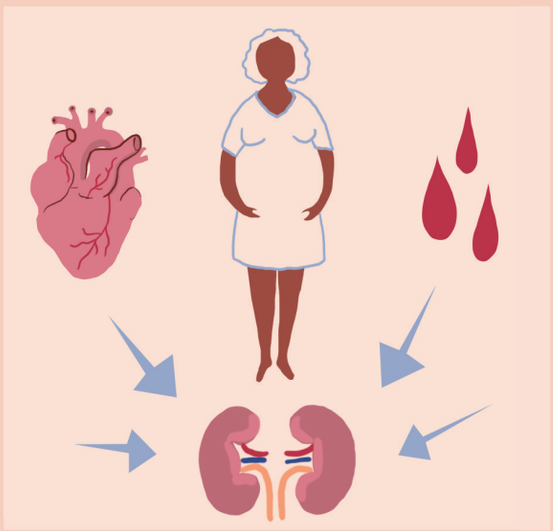
EU QUERO CUIDAR DA MINHA VIDA

MÁRCIA TEM 40 ANOS, ACOMPANHA QUESTÕES DE SAÚDE IMPORTANTES NA UBS QUANDO DESCOBRE UM GRAVIDEZ.




Teste positivo de gravidez
Sala de acolhimento da UBS...
Não é possível!! Eu não estou acreditando, nem sabia que eu ainda podia engravidar! Posso conversar com o médico?
Estou muito assustada, não tava nos meus planos engravidar. Eu já tenho dois filhos e um monte de preocupação com minha saúde.
Eu estava usando camisinha corretamente, e agora não sei o que fazer!
Márcia, vamos conversar. O que você pensou em fazer?
Não sei, estou em dúvida ainda mais com tantos problemas de saúde, gostaria da sua orientação.
Mas também preciso conversar com meu marido.

Olha, Márcia, a gravidez aumenta seu risco de ter complicações, tanto referentes à gestação quanto a agravamentos da hipertensão e piora da diabetes, afetando ainda mais o que chamamos de órgãos-alvo, como os rins.



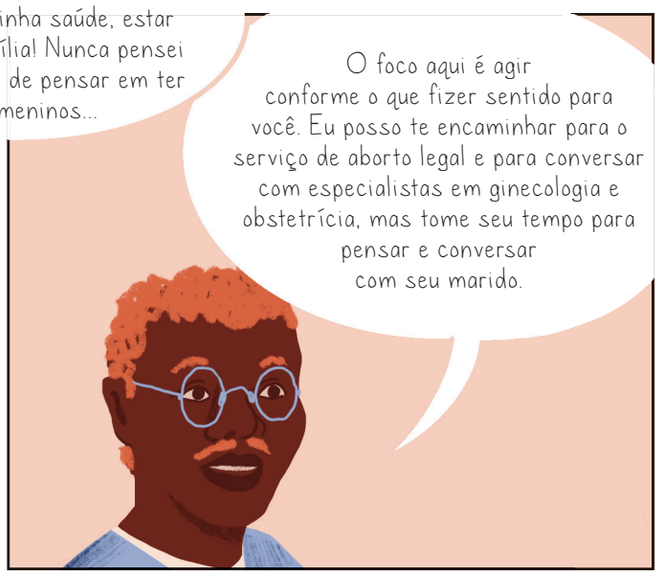
Nossa, eu não quero ter mais filhos e não quero que minha saúde piore, eu não quero morrer ou ficar doente num hospital! Eu tenho dois filhos para cuidar.

Certo, compreendo.

Temos que conversar para ver o que faz sentido para você.

Eu estou me cuidando, consegui um emprego, e semana que vem passo no nefrologista.

Agora que sinto que as coisas estão melhorando... essa notícia da gravidez me traz muito medo.



Roteiro
BRUNA COUTO NOVAES, DAIANE MARIA CORDEIRO, LUIZA MAGALHÃES CADIOLI E EQUIPE ANIS.

Layout
PRIWI

Arte
BRUNA BARROS

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

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 nº 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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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 nº 54 para a interrupção da gestação de fetos anencéfalos têm o potencial de ser estendida a outras malformações incompatíveis com a vida.

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 mulher ou a pessoa sob cuidado se sente em relação à gravidez.

deve-se ainda:

Explicar os requisitos e o procedimento de aborto legal para o caso de fetos anencéfalos.[122] Em caso de outra malformação incompatível com a vida, orientar para a busca de suporte via Defensoria Pública ou Ministério Público local;

Discutir opções reprodutivas e a oferta de acompanhamento multiprofissional.

122 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>.

5. ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE ABORTO LEGAL

No caso de identificação de que o caso se qualifica ao aborto legal, e desejando a mulher ou a pessoa sob cuidado proceder à interrupção da gestação, esta deverá ser orientada sobre o serviço mais próximo.[123] 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.[124]

Como o acesso aos serviços muitas vezes é dificultoso para mulheres e pessoas 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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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 mulher ou da pessoa sob cuidado 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.

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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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:

- Tempo 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);

---

123 Mapa do aborto legal. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org>.
124 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.

- Se há gestações ou abortos anteriores;

- Se há suspeita de gravidez ectópica ou gestação molar;

- Se há condições preexistentes 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 à mulher ou à pessoa sob cuidado 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:[125, 126, 127]

- **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.

---

125 CAMPINAS. Lei Municipal nº 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>.
126 HYMAN, A. et al. *Misoprostol in women's hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion*. *Contraception*, v. 87, n. 2, 2013, pp. 128-130.
127 WORLD HEALTH ORGANIZATION/PAHO. Changing relationships in the health care context: the Uruguayan model for reducing the risk and harm of unsafe abortions, 2012.

A OMS recomenda que a provisão de informação sobre aborto, em contexto que se garanta a privacidade e confidencialidade, pode ser feita por diversas categorias de profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes de enfermagem, obstetrizes, parteiras, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.[128]

Isto é, TODO PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE PROVER INFORMAÇÕES BASEADAS NAS MELHORES EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE ABORTO.

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 saúde e planejamento reprodutivo;
- 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.

128 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortion care guidelines, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

O Ministério da Saúde também reconhece a segurança e eficácia do aborto medicamentoso, entendendo haver restrições excessivas ao acesso ao misoprostol que impactam negativamente os cuidados em saúde.[129]

Todas as medidas e orientações para a inclusão da mulher ou da pessoa sob cuidado 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.[130, 131, 132]

Vale lembrar que o Ministério da Saúde destaca a GRAVIDADE DOS RISCOS DA GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES em Nota Técnica: "Complicações na gravidez e no parto são as causas predominantes de mortalidade de meninas entre 15 e 19 anos no mundo. Agravos obstétricos desencadeados pela gravidez na adolescência incluem ABORTOS INSEGUROS, eclâmpsia, endometrite puerperal, infecções sistêmicas, parto pré-termo, hemorragia pós-parto e recém-nascidos com baixo peso, além de gravidez não intencional repetida."[133]

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.[134]

- 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.

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

---

129 Nota Técnica Conjunta nº 37/2023-SAPS/SAES/MS. Disponível em: <https://static.aosfatos.org/media/cke_uploads/2024/02/29/nota-tecnica-conjunta-no-37_2023-saps_saes_ms-2.pdf>
130 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.
131 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.
132 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Clinical practice Handbook for quality abortion care. (2023). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>
133 BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf/view#:~:text=Semana%20Nacional%20de%20Prevenção%20da,a%20saúde%20e%20garantindo%20direitos.">
134 Como é feito um aborto seguro? AzMina. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/como-e-feito-um-aborto-seguro>.

- Orientar a mulher ou a pessoa sob cuidado sobre as consequências e fatores relacionados a um abortamento inseguro: clínicas não equipadas, profissionais não capacitados, método empregado, tempo gestacional;

- Conversar e orientar acerca dos métodos que colocam a vida das mulheres ou pessoas que gestam 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:

- Protocolo do Misoprostol do Ministério da Saúde, que assegura a segurança e a eficácia do fármaco para a interrupção de gestações;
- Norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (p. 35);
- Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo da OMS (p. 11, 16);
- 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);
- Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que elucida o procedimento de abortamento (p. 76).[135]

135 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 Atenção Humanizada ao Abortamento (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. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>
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=8krYRPSlJsU>.

Informar a mulher ou a pessoa sob cuidado sobre a existência de organizações que trabalham para reduzir riscos de um aborto feito fora das hipóteses legais, e que também pode fazer parte de uma prática médica ética que reduz danos à saúde, assegura a autonomia das mulheres e das pessoas que gestam e garante direitos fundamentais. Toda decisão deve ser informada e refletida.[136]

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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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 mulher ou à pessoa sob cuidado. Ela 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.[137]

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 mulher ou da pessoa sob cuidado, 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, se assim desejado. No mesmo sentido, é importante agendar ou reforçar a importância de um retorno ao serviço de saúde.

ENTREGA VOLUNTÁRIA OU ENTREGA PROTEGIDA

Profissionais de saúde devem ter preparação para acolher, sem julgamento, mulheres e pessoas gestantes que manifestem o desejo de realizar a entrega voluntária de recém-nascidos. A entrega voluntária é um **direito que reconhece a decisão responsável e voluntária**

136 SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Uruguai, 2004. Disponível em: <https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/iniciatmedcontabort.html>.
SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Uruguai, 2002. Disponível em: <https://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf>.

137 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>.

da mulher ou pessoa que gesta de não exercer a parentalidade.[138, 139] A pessoa pode comunicar seu interesse sobre a entrega voluntária em qualquer estabelecimento da rede de proteção, como equipamentos de saúde, instituições de ensino, centros de assistência social e outros, seja durante a gravidez ou no período pós-parto.[140]

Uma vez que o interesse é comunicado, uma equipe da Vara da Justiça da Infância e da Juventude, com profissionais da psicologia e assistência social, deve ser acionada e ouvir e avaliar a escolha. Sendo a intenção pela entrega mantida, o Ministério Público, junto à Defensoria Pública (ou de seu/sua próprio/a advogado/a) também ouvirão a pessoa a respeito de sua decisão. A juíza ou o juiz ouvirão sobre a decisão de entrega somente após o nascimento e após mais uma avaliação psicossocial. Uma vez que haja uma decisão judicial aprovando a entrega, a mulher ou a pessoa que gestou tem até 10 dias a partir da decisão para reconsiderar sua escolha.

É fundamental orientar que a entrega **informal** da criança não é prática prevista em lei, sendo considerada crime. Por meio do processo legal, a mulher ou pessoa que gestou pode nomear familiares para a entrega, mas isso deve sempre ser feito por intermediação da Vara da Infância e da Juventude. Caso contrário, essas ações podem gerar complicações legais futuras e colocar tanto a criança quanto a família que a recebe em risco. Os procedimentos legais referentes à entrega voluntária são conduzidos pela Vara da Infância e da Juventude, tendo a equipe de saúde o dever de orientar e facilitar a comunicação da pessoa que gesta com esta vara.

O sigilo durante todo o processo deve ser garantido! Isso inclui o direito de:

- Ter a decisão da entrega e todos os dados e detalhes sobre a gestação preservados sob sigilo;
- A possibilidade de não informar sua própria família e/ou o genitor do bebê;
- Realizar os cuidados pré-natais de forma sigilosa, inclusive com a possibilidade de serem realizados em outro serviço, caso seja a preferência da pessoa;

---

138 BRASIL. Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13509.htm>.
139 DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. A entrega protegida de crianças recém-nascidas para fins de adoção" Desmistificando o tema para evitar o abandono. Novembro de 2019. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/web/guest/busca?p_p_id=com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_INSTANCE_pxgx&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_INSTANCE_pxgx_mvcPath=%2Fview_content.jsp&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_INSTANCE_pxgx_assetEntryId=566147&_com_liferay_portal_search_web_search_results_portlet_SearchResultsPortlet_INSTANCE_pxgx_type=document&p_l_back_url=%2Fbusca%3Fq%3Dentraga%2Bprotegida%26folder%3D301164>.
140 BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>.

A mulher ou pessoa gestante deve ser orientada:

- Sobre os procedimentos a serem adotados na maternidade, como a possibilidade de ver ou não a criança recém-nascida e decidir se deseja ou não amamentá-la;

- Sobre o direito à licença-maternidade por razões de saúde após o parto, sendo assegurado que o motivo dessa licença permanecerá em sigilo;

- Sobre seu direito a apoio psicológico e social durante todo o processo de entrega voluntária.

cuidado:

Apesar de ser um direito garantido por lei, é preciso ter **cautela** para que a orientação sobre a entrega voluntária não seja direcionada e não acabe por promover o cerceamento do direito ao aborto. Nos últimos anos, a entrega voluntária tem sido instrumentalizada para tentar barrar o acesso à interrupção da gestação nos casos previstos por lei e para facilitar a retirada compulsória de crianças de famílias vulneráveis.[141] **As opções de aborto e entrega voluntária devem ser apresentadas de maneira igualitária, sem que as ou os profissionais deem preferência à entrega voluntária em relação ao aborto. Tentar persuadir a pessoa gestante a prosseguir com a gestação contra sua vontade, seja por meio de julgamentos morais, indução à culpa ou informações tendenciosas, configura violência institucional.** Assim, é preciso que a lei seja utilizada com respeito pelas pessoas que realmente decidem pela entrega voluntária e que o direito ao aborto legal seja sempre informado nas situações em que é permitido.

Lembre-se sempre que, nos casos de gravidez resultante de violência sexual, deve-se evitar a revitimização e também orientar sobre o direito ao aborto.[142]

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre entrega voluntária: Flávia está grávida depois de ter sido vítima de violência sexual e quer saber sobre outras opções a essa gravidez além do aborto legal. A profissional de saúde conversa, de forma imparcial informativa e ética, sobre os trâmites necessários para uma entrega protegida de crianças recém-nascidas para fins de adoção.

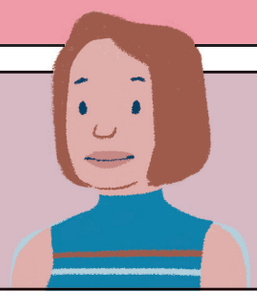
---

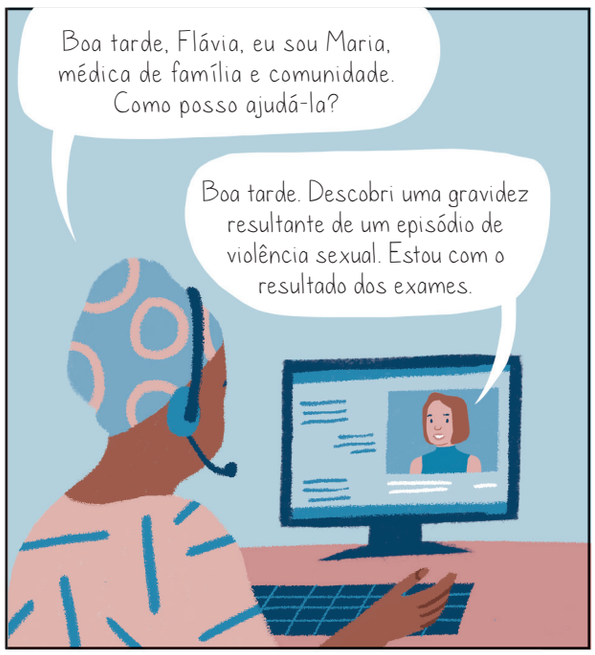
141 DIEGUEZ R.S.M., SILVA D.C., CABRAL, C.S. Uso da entrega voluntária como barreira de acesso ao aborto legal em projetos de lei recentes no Brasil. Interface, n. 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230472>

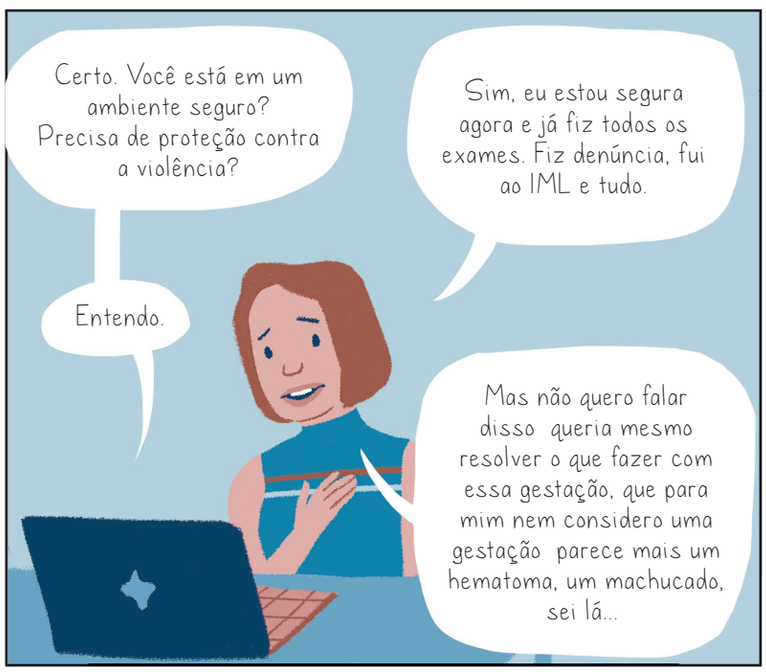
142 Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e Juventude (PJIJ/MPDFT) e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Entrega voluntária para adoção Orientações para profissionais, 2023. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/images/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_entrega_voluntaria_adocao_profissionais.pdf> .

NÃO TEM NADA A VER COMIGO

FLÁVIA É UMA UNIVERSITÁRIA DE 23 ANOS
EM CONSULTA POR TELESSAÚDE



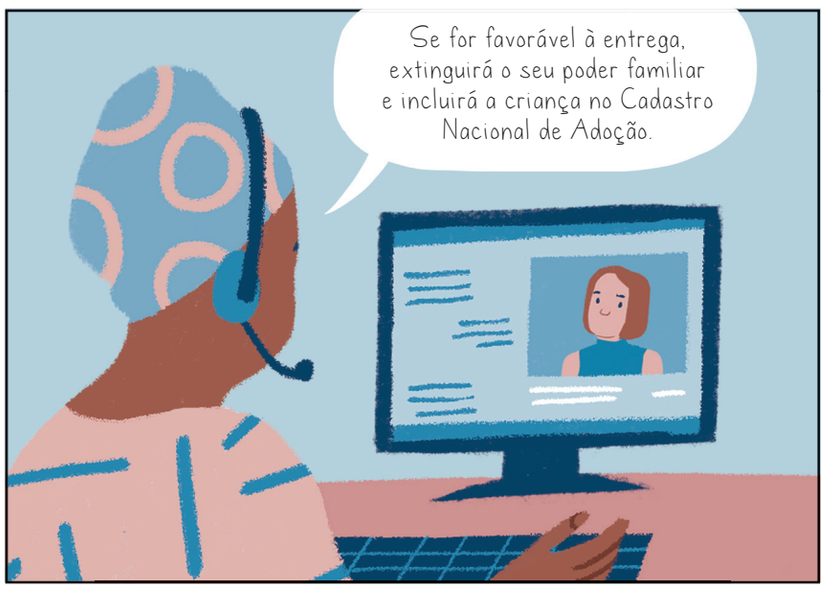




Entendo, você está decidida a levar a gravidez adiante, mas não deseja manter o resultado dessa gestação, certo?
Sim, é isso. Mas não sei o que fazer quando tiver o parto.
Temos a possibilidade de Entrega Voluntária, que é prevista em lei como um direito, você já ouviu falar?
É tipo colocar para adoção?
Isso. Também é chamado de entrega protegida de crianças recém-nascidas para fins de adoção. É um mecanismo legal que reconhece o desejo responsável e voluntário da mulher de não permanecer com a criança.
Deixar na porta de alguém ou com familiares, sem um processo legal, pode constituir abandono e ser considerado um delito.
Mas aí é um processo que todo mundo vai saber que eu tô fazendo? Eu não queria que ninguém soubesse. Ninguém sabe que estou grávida, ainda não contei a ninguém e não sei se vou contar...
Todo o processo de entrega é feito sob sigilo, respeitando sua decisão e sem julgamentos.
Você pode decidir sobre a entrega agora, durante a gestação, na hora do parto ou no pós-parto.
Entendi. E quais seriam então os próximos passos, caso eu fosse fazer a entrega voluntária?

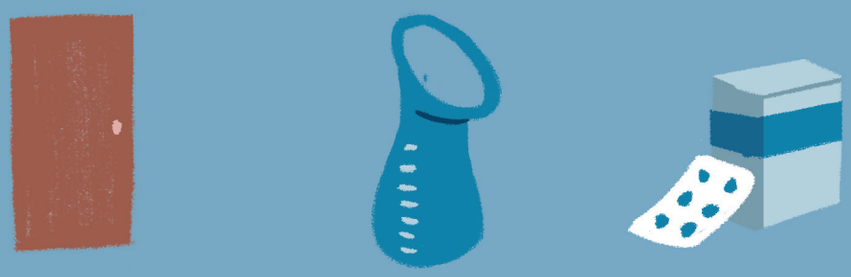
Bom, se você tomar essa decisão, te encaminharemos para a Vara da Infância e da Juventude. Você também pode ir à Vara diretamente se quiser, ou acionar qualquer outro profissional da Rede de Proteção.
Na Vara da Infância e da Juventude, você será acompanhada por uma equipe que fará uma avaliação psicossocial, para garantir que você está consciente e tranquila quanto à decisão, que não tem ninguém te forçando a fazer isso.
Entendi. E depois disso? Eu tenho que fazer alguma outra coisa?

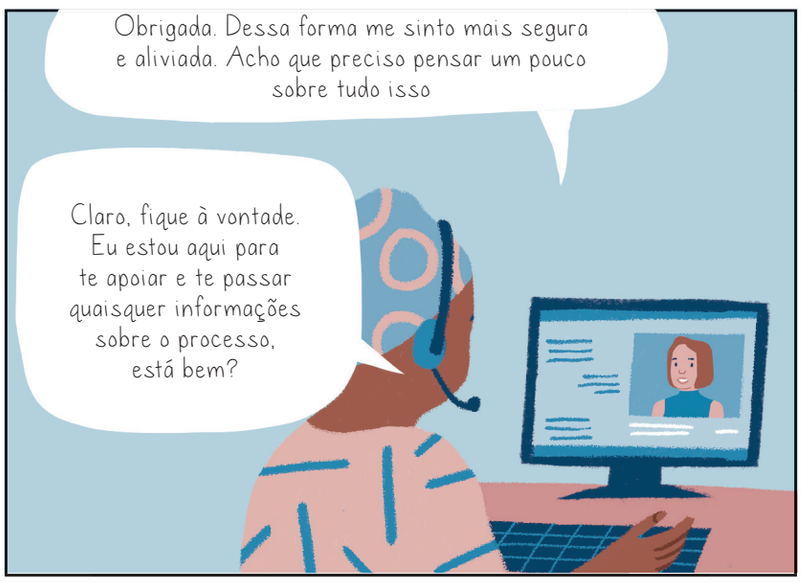
Uma vez que a intenção é mantida, você será ouvida pelo Ministério Público, acompanhada por um profissional jurídico que te represente, pode ser pela defensoria pública ou seu/sua próprio/a advogado/a.
Quando ocorrer o nascimento, a Vara da Infância e da Juventude pode fazer novo atendimento psicossocial e, após isso, um juiz te ouvirá.

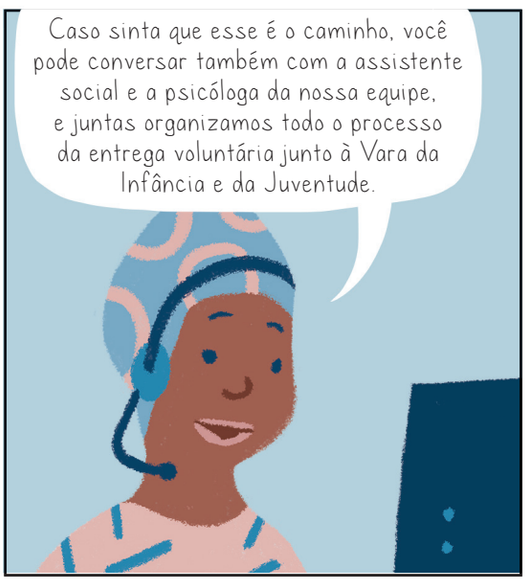

Se for favorável à entrega, extinguirá o seu poder familiar e incluirá a criança no Cadastro Nacional de Adoção.

Nossa, é menos simples do que imaginei, mas entendo. E se eu mudar de ideia em algum momento?

Contanto que seja antes da adoção ser concluída ou até 10 dias após a decisão do juiz, você pode mudar de ideia. Você também tem direito, durante seus cuidados em saúde, a sala privativa quando possível, o direito à amamentação ou à não amamentação, a terapia com medicamentos para interromper a lactação, de ter ou não contato após o nascimento e ao acompanhamento psicológico. Tudo isso é você quem decide, claro.







Roteiro
MARIA TERESA GARCIA ALVES,
DENIZE ORNELAS PEREIRA SALVADOR DE OLIVEIRA,
RITA HELENABORRET
E EQUIPE ANIS

Layout
PRIWI

Arte
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

CUIDADOS EM ABORTO

Nas discussões sobre aborto, infelizmente, é comum nos depararmos com a recusa de profissionais da saúde em realizar os cuidados necessários. Também é comum a imposição de atrasos e barreiras indevidas, assim como formas de cuidados inadequados, desatualizados, que não seguem as melhores práticas e as evidências científicas.

Infelizmente, é comum ouvirmos que muitas dessas situações se dão em razão do profissional de saúde declarar objeção de consciência em relação aos cuidados em aborto. Objeção de consciência é a escolha em não se cumprir com o dever profissional por razões de moral pessoal, isto é, de se recusar a assistência em razão de convicção religiosa, política, ética ou moral. Sabemos também que, na maioria das vezes, não se trata de objeção de consciência, mas sim de negação de cuidados em aborto, que são cuidados urgentes e essenciais.[143] Isso porque a objeção de consciência é uma possibilidade de ação derivada do direito à liberdade de crença, inclusive em outras situações — como o direito de se recusar a ir à guerra —, mas não pode jamais se sobrepor aos direitos fundamentais de outras pessoas.

Assim, **a real objeção de consciência no campo da saúde só pode ser legítima e legalmente realizada por profissionais quando não gerar nenhum obstáculo ao exercício dos direitos das pessoas que buscam cuidados.** Caso a suposta "objeção" seja apenas uma negativa de cuidado, ou fundada em discriminação relacionada àquela mulher ou pessoa gestante em específico, sem qualquer providência para que esse cuidado seja ofertado por outro profissional sem atraso e sem estigma, trata-se na realidade de conduta que, em determinadas circunstâncias, pode caracterizar omissão de socorro, infração ética, violência institucional e/ou psicológica e discriminação, práticas vedadas e que podem, inclusive, ser caracterizadas como crimes.

Na saúde, a objeção de consciência como uma previsão de proteção dos profissionais de saúde não é absoluta.[144] Isto é, ela não pode ser sempre utilizada. **Não se pode declarar objeção de consciência quando não há outro profissional de saúde que possa prover o cuidado, em casos de urgência ou emergência, nem quando a recusa trouxer danos à saúde da pessoa, incluindo tanto danos de ordem física quanto de ordem psíquica.** Fica claro que não há possibilidade de objeção de consciência em casos de risco de vida.

Além disso, não há objeção de consciência institucional. Ou seja, **nenhum hospital ou instituição de saúde pode se negar a oferecer cuidados em saúde previstos em lei.** Se houver algum profissional objetor na instituição, idealmente ele não deve estar alocado em

---

143 MYSU-International Women's Health Coalition. No es conciencia – cuando los proveedores niegan la atención del aborto, 2018.Disponível em: https://www.mysu.org.uy/investigaciones/no-es-conciencia-cuando-los-proveedores-niegan-la-atencion-del-aborto/

144 Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

um serviço que seja responsável por prover abortos, ou deve haver arranjos institucionais que permitam sempre haver uma alternativa ao cuidado, sem impor qualquer ônus às mulheres e pessoas que precisam ser atendidas. Idealmente, as mulheres e pessoas não devem nem tomar conhecimento ou ter contato com o profissional objetor.

Os profissionais de saúde também não podem descumprir a legislação, que no Brasil permite o aborto legal em situações de gestação decorrente de violência sexual, quando a gestação causa risco de vida à mulher ou à pessoa, ou quando a gravidez é de feto sem possibilidade de vida, como em casos de anencefalia. Ou seja, **os profissionais também não podem ser seletivos no que objetam para se recusar a cumprir apenas parte do que está previsto em lei, como se recusar especificamente a prover aborto para sobreviventes de violência sexual, ou prover a algumas e não a outras. Isso, novamente, é discriminação e está vedado pela lei.**[145]

A legislação brasileira também determina que temos direito à informação, à saúde integral, inclusive com estratégias de redução de danos.[146] Os diretos das mulheres e pessoas que buscam um aborto têm que ser respeitados, protegidos e cumpridos. Sabemos, porém, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que a declaração de objeção de consciência opera com uma importante barreira aos cuidados em aborto e afeta desproporcionalmente populações mais marginalizadas.[147]

Assim, se compreende que se deve garantir os cuidados em aborto contra as barreiras criadas pela objeção de consciência. Afinal, se não é possível garantir os direitos das mulheres e das pessoas que buscam um aborto, então não se trata de objeção de consciência. Se alguém não está conseguindo um cuidado em saúde devido a suposta objeção de consciência, saiba que algo está errado. No contexto da APS, profissionais de saúde podem trazer essas questões junto à gestão e às equipes de trabalho para serem articuladas e adequadamente estruturadas para que nenhum direito seja violado.

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre cuidados em aborto, deveres profissionais e objeção de consciência. Fernanda descobre sobre a incompatibilidade com a vida de uma gestação muito desejada. O médico residente que a atende aprende como prover cuidados adequados, éticos, de acordo com a ciência e melhores práticas e de forma humanizada e centrada na pessoa, compreendendo sobre seus deveres profissionais e os limites da objeção de consciência.

---

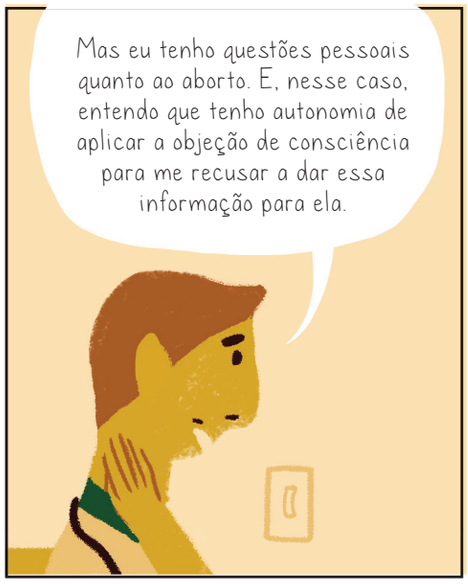
145 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> .
146 BRASIL. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>
147 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortion care guideline (2022). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

CUIDAR É ESCUTAR E INFORMAR

FERNANDA DE 33 ANOS VEIO EM UMA CONSULTA DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA UBS APÓS UM ULTRASSOM OBSTÉTRICO.

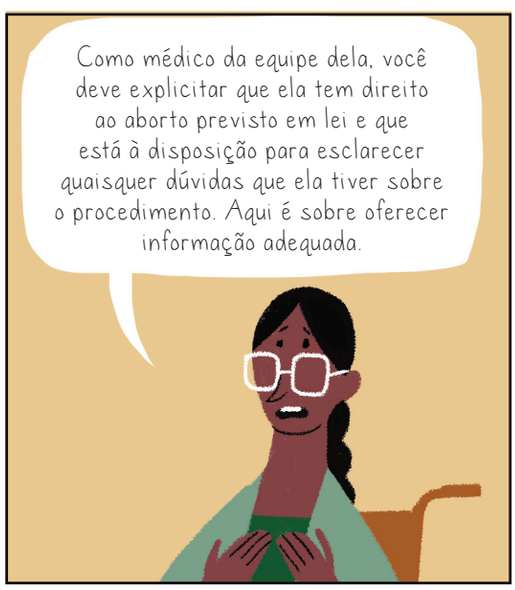
Mas você pode continuar o pré-natal aqui com a gente. Você tem alguma pergunta sobre isso?
Mas ele vai nascer bem, então, né?
Fernanda, eu gostaria de discutir esse caso com minha preceptora, a médica Bianca, e pedir para ela estar conosco nesta conversa, pode ser?
Você quer ligar para alguém que gostaria que estivesse nessa conversa? Talvez seu companheiro possa estar por videochamada no celular?
Eu vou ligar para o João e ver se ele consegue por telefone.
Bianca, estou com a Fernanda que acabou de sair do ultrassom e trouxe um resultado com anencefalia. Nesses casos, penso que o mais correto é encaminhá-la ao pré-natal de alto risco e seguirmos acompanhando.
Só vim conferir com você se tem alguma outra recomendação. Ela pergunta se o bebê vai nascer bem e eu não sei bem como responder.
Você já fez a discussão de notícias difíceis? Preparou o contexto, perguntou se quer que alguém esteja com ela e todas aquelas coisas da aula que demos semana passada?
Sim, ela vai chamar o companheiro pelo telefone agora, e avisei que você estaria junto nessa segunda parte.
E vou reforçar que ela pode sempre retornar se mais perguntas ou questões forem surgindo.
Certo. Temos que revisar com ela os riscos dessa gestação, tanto de complicações durante a gestação quanto da impossibilidade de vida do feto. E também que, por causa disso, ela tem o direito ao aborto legal, se assim desejar.
Devemos informar tudo isso, ver como ela recebe, dar o apoio e o tempo que ela precisa para elaborar todas essas informações e checar se ela deseja mais orientações. Faz sentido?

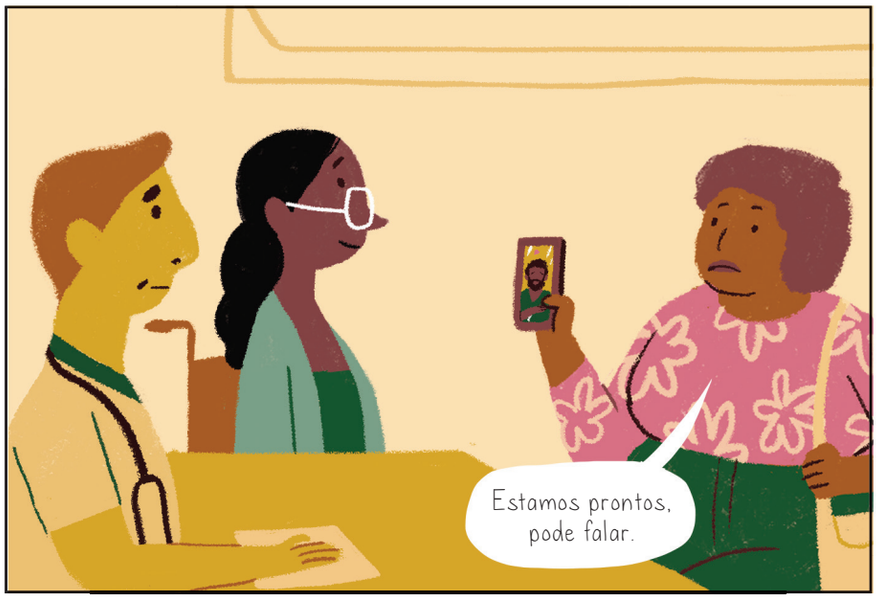
Faz, mas ela disse que a gestação era desejada por ela e pelo marido. Acho que não precisamos informar sobre a interrupção.
Veja, Thiago, é nosso dever prover informações de acordo com as melhores práticas da medicina e as evidências científicas. Acesso à informação, além de ser nosso dever prover, é direito constitucional. Não devemos assumir nada sobre os outros.
Para oferecermos um cuidado baseado na pessoa, garantindo sua autonomia, temos que informar de forma adequada sobre tudo o que a ciência nos indica sobre a situação. Isso é parte de nosso dever profissional.


Mas eu tenho questões pessoais quanto ao aborto. E, nesse caso, entendo que tenho autonomia de aplicar a objeção de consciência para me recusar a dar essa informação para ela.

Entendo e respeito suas crenças pessoais, Thiago, mas elas não devem interferir na sua prática clínica e profissional. Você, enquanto médico, tem o compromisso de prover um atendimento adequado e ético para as suas pacientes e fornecer informações sobre os direitos que elas possuem. Entende?
Mas como ficam minhas crenças no meio disso?
Thiago, não é possível alegar objeção de consciência para se negar a fornecer ou omitir informações cruciais sobre os cuidados devidos a uma paciente.

A sua liberdade de crença não se sobrepõe aos direitos da paciente, e fazer isso poderia ser enquadrado inclusive como uma infração ética e um delito, uma recusa de cuidados essenciais.
Não é possível se eximir da sua responsabilidade profissional, Thiago. Deixar de explicar a situação para que a paciente tome a decisão por conta própria pode, inclusive, ser entendido como omissão de cuidados da sua parte.
Sério? Mas, como assim?


Como médico da equipe dela, você deve explicitar que ela tem direito ao aborto previsto em lei e que está à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que ela tiver sobre o procedimento. Aqui é sobre oferecer informação adequada.



Roteiro
NICOLE GEOVANA DIAS CARNEIRO, EVELIN GOMES ESPERANDIO, NATHÁLIA MACHADO CARDOSO E EQUIPE ANIS

Layout
PRIWI

Arte
PRIWI

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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 mulher ou a pessoa sob cuidado, 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 mulher ou da pessoa sob cuidado: aferição de tempo gestacional e demais condições para o abortamento medicamentoso;

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

continua na
próxima página

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 medicamentoso (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 a respeito da contracepção e da possibilidade de acompanhamento psicossocial. Encorajar o 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 mulher ou da pessoa sob cuidado, sendo protegidas pelo direito à saúde. **Todo profissional deve se lembrar de 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 mulher ou a pessoa sob cuidado? 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 violência sexual ou se o feto for anencéfalo (malformação severa do cérebro) ou tiver outra condição incompatível com a vida. 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; na DIRETRIZ SOBRE CUIDADOS NO ABORTO, da OMS (pg.11); 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 embaixo da língua, 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.

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre redução de danos ao aborto inseguro: 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.

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 já 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 cesária nos ultimos 6 meses, e seu tipo sanguíneo é A+, certo?

Sim.

Sua última menstruação foi quando?

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 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.

MISOPROSTOL

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 nos Regimes Recomendados da FIGO. Todos são fáceis de 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, ou Cytotec, nas primeiras 12 semanas. Aqui no Brasil 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 e 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 de algumas horas a poucos dias.

Pode tambem ter enjoo, diarreia, calafrios, 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 assistência 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!

Oi, Doutora Ana. Tudo bem?

Oi Lucia, vamos marcar o seu retorno?

Vamos sim

Coversei com o meu marido e ele disse que vai fazer Vasectomia. Como faz pra marcar?

Que bom.

Vou marcar a consulta com a enfermeira da equipe para as orientações.

Enquanto isso eu gostaria de usar aquela injeção mensal...

Certo. Você consegue vir hoje no final do dia para eu te examinar e você tomar a injeção?

Sim. Obrigada!

Qualquer dúvida, me liga, tá?!

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

Design gráfico
JULIA VALIENGO

Produção
FILTRO AGÊNCIA

7. RETORNO AO SERVIÇO

As mulheres ou as pessoas sob cuidado 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 devem ser humanizados e incluir os cuidados necessários.[148]

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 MULHER OU A PESSOA SOB CUIDADO À SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTO
SÃO DESENCORAJADAS.

Deve-se alertar a mulher ou a pessoa sob cuidado 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, se assim desejado.

148 Ver nota 61.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/PAHO. Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro, 2012.

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[149] e respeitar as escolhas feitas pela mulher ou pela pessoa sob cuidado. Como mencionado anteriormente, recomenda-se que sejam registradas em prontuário apenas as informações relevantes para o cuidado e que toda a comunicação com a mulher ou pessoa que gesta possa ser mantida protegida pelo sigilo.

Quanto à adequação à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 11ª revisão, entende-se que, como o acolhimento pós-aborto não faz diferenciação e não pode comprovar em que tipo de situação ocorreu o CID 11 JA00.2 (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 11 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),[150] de acordo com a qual a codificação de hemorragia intermenstrual (X08) e a de outros problemas da gravidez/parto (W99) podem ser compreendidos como adequados em certas situações.

Quanto a eventual investigação por crime de aborto, por mais que possa haver a requisição judicial do prontuário da mulher ou pessoa que gesta 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 mulher ou a pessoa sob cuidado.

A seguir uma HISTÓRIA EM QUADRINHOS ILUSTRATIVA sobre cuidados pós aborto e registro de atendimento: Henrique busca cuidados após um aborto. 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.

---

149 "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".
150 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>.

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. Não sinto mais dor na região do peito.

O sangramento está menor que sua menstruação mais intensa?

Isso, estou há 2 dias sangrando, mas está mais ameno do que lembro da menstruação. Tô usando aqueles absorventes noturnos, mas já não estão tão encharcados quanto ontem.

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

CALCULADORA GESTACIONAL

JUL 2021

Perfeito, assim não precisamos nos preocupar com qualquer questão de isoimunização, que pode acontecer quando a pessoa grávida tem tipo sanguíneo de Rh negativo e mais de 12 semanas de gestação...

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

...e queria te examinar, tudo bem?

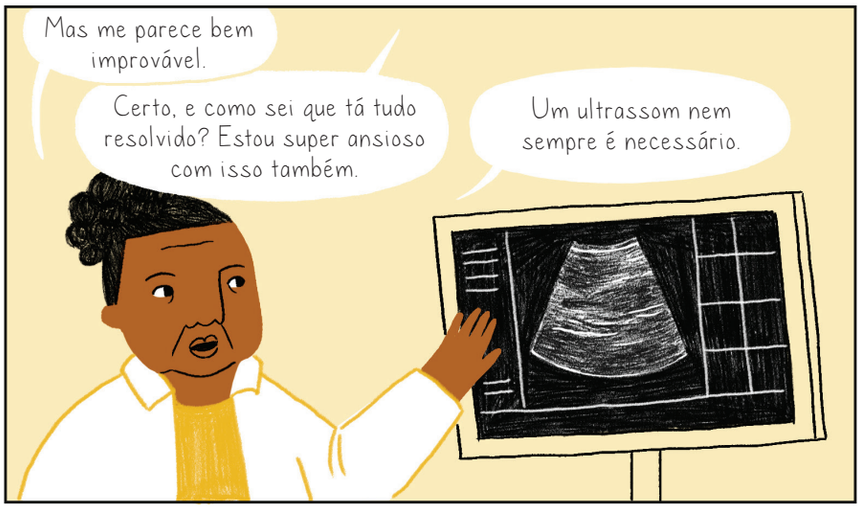
Esse é um exame das partes íntimas, como é isso para você?

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

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 USTV 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 PÔDE PERGUNTAR, 2021
© ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021
2ª EDIÇÃO, 2024, BRASÍLIA

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",[151] 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.[152] 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 e pessoas que gestam 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.[153]

---

151 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>.

152 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>.

153 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Audiência Pública. Interrupção Voluntária da Gravidez. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2018. Disponível em: <www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/TranscrioInterrupovoluntriadagravidez.pdf>.

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 nº 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 r**edução 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.[154] **As medidas não são pró-aborto, mas, sim, pró-informação**, voltadas inclusive a verificar se a decisão da mulher ou pessoa que gesta 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 acolhimento a essas mulheres e pessoas que gestam, 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 nº 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

---

154 BRIOZZO, L. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos.* Montevidéu: Sindicato Médico del Uruguay, 2002.

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.[155]

É importante reforçar que o Código de Ética Médica veda que o médico ou a médica 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

155 BRIOZZO, L. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos.* Montevidéu: Sindicato Médico del Uruguay, 2002.

privados, para um número limitado de pessoas, não são públicas e, portanto, não caracterizam incitação ao crime.[156, 157] 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.[158]

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.[159] Em primeiro lugar, o ou a profissional de saúde não está criando ou animando a ideia do crime, nem prestando auxílio material para que a mulher ou a pessoa sob cuidado aja. **Vale lembrar que o mero conhecimento da potencialidade do crime não configura 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.[160]

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 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 pelo Código de Ética Médica.**

---

156 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.)
157 PRADO, Luiz Regis. Curso de Direito Penal Brasileiro: volume único. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.
158 PRADO, Luiz Regis. Curso de Direito Penal Brasileiro: volume único. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.
159 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.)
160 GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. Curso de Direito Penal, v. 2. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. 744 p.

Nesse sentido, é muito importante que as médicas e os médicos tenham cuidado ao expor as recomendações à mulher ou à pessoa sob cuidado, 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.[161]

Assim, **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 ou pessoa que gesta 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, §1º, 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 mulher ou a pessoa sob cuidado 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.**

---

161 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>.

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.

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 mulher ou da pessoa sob cuidado.

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**.[162]

162 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.

4. A JUSTIÇA PODE REQUERER PRONTUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE DA MULHER OU DA PESSOA SOB CUIDADO 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.[163, 164, 165] 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.[166]

---

163 MARQUES, R.F.R. *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>.
164 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.605/2000. Revelação de conteúdo de prontuário ou ficha médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605_2000.htm>.
165 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".
166 Ver nota 165.

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.

No que tange à jurisprudência, no Habeas Corpus nº 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".[167] 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".[168] 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**.[169]

Recentemente, o STJ reiterou esse entendimento no HC nº 448.260, **trancando ação penal na qual se apurava a prática do crime de aborto com base em prova obtida a partir da quebra de sigilo médico**.[170] O Tribunal compreendeu que os profissionais devem atuar de forma consistente com o papel do hospital, que é um centro de acolhimento para a saúde.

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**:[171]

---

167 STF. Tribunal Pleno. HC 39.308. Relator: Min. Pedro Chaves. DJ 06-12-1962.
168 STF. RE 91.218/SP. Órgão Julgador: Segunda Turma. Relator: Min. Djaci Falcão. Julgamento: 10/11/1981, DJ 16/04/1982, p. 13407.
169 TJSP. 15ª Câmara de Direito Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo. Habeas Corpus nº 2188896-03.2017.8.26.0000. Des. Relatora: Kenarik Boujikian. Julgado em 8 de março de 2018.
170 STJ. HC 448260/SP. Órgão Julgador: Sexta Turma. Relator: Ministro Antonio Saldanha Palheiro. Julgamento: 03/10/2023, DJe 06/10/2023.
171 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 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 nº 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>.

Conselho Federal de Medicina – Resolução nº 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.[172]

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Consulta nº 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.[173]

172 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.605/2000. Revelação de conteúdo de prontuário ou ficha médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1605_2000.htm>.
173 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Consulta nº 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 médica "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 arts. 1º e 2º da Resolução CFM nº 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

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