MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

Norma Técnica

2ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4

BRASÍLIA - DF

2011

© 2005 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer m comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:
http://www.saude.gov.br/editora

Tiragem: 2ª edição – 2011 – 149.536 exemplares

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4

Edição, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
SAF, Trecho 2, Lote 5/6, Ed. Premium
Torre II, Sala 17, Térreo. CEP: 70070-600
Tel.: 61-3306-8101
E-mail: www.saude.mulher@saude.gov.br

Elaboração 1ª Edição:
Adson França
Aníbal Faundes
Cristião Fernando Rosas
Estela Aquino
Gilberta Soares
Greice Menezes
Jorge Andalaft Neto
Leila Adesse
Maria José de Oliveira Araújo
Rivaldo Mendes de Albuquerque

Colaboração 1ª Edição:
Eleonora Menecucci de Oliveira
Fátima Oliveira
Jacira Melo
Je erson Drezett Ferreira
José Henrique Torres
Juliana Monti Maifrino
Miriam Ventura
Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
Valéria Pandjiarjian
Elaboração 2ª Edição:
Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Comissão de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei da Febrasgo

Colaboração 2ª Edição:
Avelar de Holanda Barbosa
Cláudia Araújo de Lima
Daniela Gontijo
Je erson Drezett Ferreira
José Henrique Torres
Liliane Brum Ribeiro
Osmar Ribeiro Colas

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Adenilson Félix
Revisão: Khamila Silva e Mara Soares Pamplona
Capa, projeto grá co e diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográ ca

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno nº 4)

ISBN 978-85-334-1711-3

1. Saúde da Mulher 2. Abortamento 3. Atenção Humanizada 4. Normas Técnicas I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. III. Título. IV. Séries.

CDU 618.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Ministério da Saúde – OS 2011/0185

Títulos para indexação:
Em inglês: Humanized attention to the abortin: technical rule
Em espanhol: Atención humanizada al aborto: norma técnica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **5**

INTRODUÇÃO **7**

1 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO **13**

2 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO .. **15**

2.1 PLANO INTERNACIONAL 15

2.2 PLANO NACIONAL 17

2.2.1 Constituição Federal 17

2.2.2 Código Penal, Doutrina e Jurisprudência 17

2.2.3 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes 18

2.2.4 Código Civil 18

2.2.5 Ética pro□ssional 19

3 ACOLHER E ORIENTAR **23**

3.1 NÃO JULGAR 24

3.2 ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE 24

3.3 ROTEIRO DE CONVERSA 25

3.3.1 Mudança de postura 25

3.3.2 Atenção humanizada 25

3.4 ESCUTA QUALIFICADA 26

3.4.1 É responsabilidade da equipe 26

3.4.2 Para os pro□ssionais de saúde mental e serviço social 27

3.4.3 Informar e orientar 27

3.4.4 Orientações clínicas....28
3.4.5 Orientações gerais....28

4 ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO....29
4.1 ASPECTOS CLÍNICOS....29
4.1.1 Ameaça de abortamento....29
4.1.2 Abortamento completo....30
4.1.3 Abortamento inevitável/incompleto....30
4.1.4 Abortamento retido....31
4.1.5 Abortamento infectado....31
4.1.6 Abortamento habitual....32
4.1.7 Abortamento eletivo previsto em lei....33
4.2 ESCOLHENDO AS TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO....33
4.2.1 Abortamento farmacológico....34
4.2.2 Misoprostol....35
4.2.2 Aspiração Manual Intrauterina (Amiu)....37
4.2.3 Curetagem uterina....38
4.3 ALÍVIO DA DOR....38

5 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO....41
5.1 ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO....41
5.2 OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS....42
5.3 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL....43

REFERÊNCIAS....45

ANEXOS....47
Anexo A....47
Anexo B....51
Anexo C....53
Anexo D....54
Anexo E....55
Anexo F....56
Anexo G....58

APRESENTAÇÃO

O abortamento representa um grave problema de saúde pública. Estima-se que ocorram, considerando apenas o Brasil, mais de um milhão de abortamentos induzidos ao ano, sendo uma das principais causas de morte materna no País. Por atravessar um emaranhado de aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, religiosos e ideológicos, é tema que incita passionalidade e dissensão, parecendo, sob consideráveis perspectivas, distante de saída. Compreender sua abrangência e (re)pensar soluções demanda tanto investimento em educação e informação – vitais no aprimoramento da capacidade crítica – quanto o comprometimento constante do Estado, dos pro□ssionais de saúde e da sociedade em geral com o ordenamento jurídico nacional e alguns de seus mais basilares princípios: a democracia, a laicidade do Estado, a igualdade de gênero e a dignidade da pessoa humana.

O Ministério da Saúde, atento à primazia dos direitos humanos e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, que não arrefecem na luta histórica por tais direitos, ganhou, nos últimos anos, visível e inexorável fôlego no compromisso com a garantia dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres. Vem pautando-se, para tanto, pelo zelo no seguimento dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e pela legislação nacional vigente, com destaque para a consolidação de garantias constitucionais e pela recente Lei Maria da Penha. Esta última, sendo marco político essencial no enfrentamento não somente à violência doméstica em geral, mas também ao estupro ocorrido em âmbito doméstico, que não raro provoca gestações incestuosas, produzindo traumas indeléveis em crianças e adolescentes.

Em 20 anos do Sistema Único de Saúde e 25 anos de criação PAISM, tendo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) como horizonte, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, apresenta aos pro□ssionais de saúde a nova edição da *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento*, com revisão de normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica. Cumpre, assim, esta nova edição, objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde da Mulher – e seus Planos de Ação, ao buscar promover a atenção quali□cada e humanizada – obstétrica e neonatal, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

Ademais, o Ministério da Saúde vem atuando, de maneira intra e intersetorial, no âmbito do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e, em especial, de forma articulada com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), nos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. Caminha, desse modo, para a ampliação do acesso à atenção, auxiliando pro□ssionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação e□caz, quali□cada e livre de julgamentos morais nos casos de abortamento, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime.

Área Técnica de Saúde da Mulher

Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

O abortamento representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. Sua discussão, notadamente passional em muitos países, envolve uma intricada teia de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Vulnerabilidades como desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação, e múltiplas dimensões da pobreza – com a falta de recursos econômicos e de alternativas, a di□culdade de acesso a informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros – fazem com que o abortamento inseguro atinja e sacri□que, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas.

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente (10 a 15%) das gestações e envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada. Outros 10% dos abortamentos atendidos em nossos hospitais são provocados pelas mais diferentes formas, já que, para um grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, di□culdades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que, para muitas mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou intrafamiliar.

Aspectos culturais, religiosos, legais e morais inibem as mulheres a declararem seus abortamentos, di□cultando o cálculo da sua magnitude. Independente dessa di□culdade, sabe-se que o abortamento é praticado com o uso de meios diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados em condições inseguras, em geral acarretando consequências danosas à saúde, podendo, inclusive, levar à morte. O informe de outubro de 2008, do Instituto Guttmacher, aponta como métodos usuais em

abortamentos inseguros a inserção de preparos herbais na vagina, chás, saltos de escadas ou telhados, o uso de paus, ossos de frango, dentre outros objetos de risco.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, metade das gestações é indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las. De acordo com dados recentes do Instituto Guttmacher de Washington, D.C. – EUA, o número de abortos induzidos no mundo caiu de 45,6, em 1995, para 41,6 milhões, em 2003. A queda nos índices foi mais drástica em países desenvolvidos, caindo de 10 milhões, em 1995, para 6,6 milhões em 2003. Na Europa, o número caiu de 7,7 milhões para 4,3 milhões. A queda mais acentuada se deu no leste europeu, onde o aborto já é seguro e descriminalizado, na maioria dos países. Houve decréscimo de 90 para 44 na proporção de abortamentos a cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2008).

Por outro lado, considerando o mesmo intervalo de 1995 a 2003, para os países em desenvolvimento, não houve queda expressiva, sendo de 35,5 milhões em 1995 para 35 milhões em 2003. Excluindo desta contagem a China, percebe-se, em números absolutos, um aumento de 24.9 milhões para 26.4 milhões. Na América Latina, houve queda, também inexpressiva, de 4,2 milhões em 1995 para 4,1 milhões em 2003 (AGI, 2008).

No Brasil, estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortos inseguros ao ano. O artigo 128 do Código Penal de 1940 prevê o abortamento legalizado para gestações resultantes de estupro e para o caso de risco de morte para a mulher, a questão está em cumprir a legislação.

Os avanços já alcançados, ainda insu□cientes, apontam o crescimento do número de serviços de referência para o atendimento ao abortamento previsto em lei e mobilização – com a implementação das Redes de Atenção Integral à Saúde de Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual – articulada e organizada por estados, municípios e o Governo Federal para a criação de outros. O Judiciário tem autorizado, com frequência, o abortamento para os casos de má-formação fetal incompatível com a vida e o Supremo Tribunal Federal vem estudando a interrupção da gestação nesses casos.

Em países onde as mulheres têm acesso aos serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de um abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100 mil procedimentos (AGI, 1999). Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de um abortamento realizado por pro□ssionais e em condições seguras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Por outro lado, em países onde o aborto é proibido por lei ou norma religiosa, não há queda da taxa total de abortos, pelo contrário, estudos demonstram um efeito direto entre a proibição e o aumento das taxas de abortamentos clandestinos e inseguros, e logo, da mortalidade materna (AGI, 2004, 2008; BRASIL, 2006; DREZETT, 2005)

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Segundo estudo da Mortalidade de Mulheres, de 10 a 49 anos, com Pesquisa realizada em 2002, em todas as capitais e no Distrito Federal, evidenciou a permanência de alta taxa de mortalidade materna no País (BRASIL, 2006), diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, onde essas taxas de morte, especi□camente por aborto, são reduzidas. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostram taxas inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos, com o aborto sendo realizado em condições seguras, não se constituindo mais importante causa de óbito, (ALEXANDER et al., 2003).

A despeito da subnoti□cação dos óbitos por aborto, tem sido observada, nas últimas décadas, uma tendência de declínio da taxa de mortalidade por essa causa no Brasil. Entretanto, veri□ca-se não somente um decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito, como também a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nesta região do País onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna. Em municípios da Região Metropolitana do Recife, incluindo a capital, entre 1994 e 1996, o aborto ocupou, respectivamente, o primeiro e segundo lugar deste grupo de causas, decrescendo nos anos seguintes (VALONGUEIRO, 1996; RECIFE, 1998) e, em Salvador, desde o início da década de 90, o abortamento

permanece como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte (COMPTE, 1995; MENEZES; AQUINO, 2001).

Considerando que a mortalidade representa apenas uma fração dessa problemática, os dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam sua magnitude. A curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde.

As repercussões sociais na vida pessoal, familiar, e no mundo do trabalho precisam ser analisadas e respeitadas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou implicando sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e de penalização do abortamento.

No Brasil, sua prática se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maior parcela da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que frequentemente se complicam e acarretam mortes maternas por abortamento. Para a redução da mortalidade materna, o SUS trabalha para melhorar a saúde das gestantes, a promoção da igualdade entre os sexos e a valorização das mulheres, ou seja, alcançar as metas números três e cinco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que estão interligadas.

A necessidade de uma atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliado ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que esses aspectos, se faz necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento

às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de um suposto sentimento de culpa por terem provocado o aborto.

Esta Norma pretende, portanto, fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só um cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizá-las alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. Para mulheres com abortamentos espontâneos e que desejem nova gestação deve ser garantido um atendimento adequado às suas necessidades.

É fundamental, por fim, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

1 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO

A inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento é propósito desta Norma. Isso não apenas como um guia de cuidados, mas também na intenção de oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade um novo paradigma que torne seguro, sustentável e efetivo a atenção às mulheres em situação de abortamento. Para que esse modelo possa ser implantado faz-se necessária a inclusão dos seguintes elementos essenciais:

1. Rede integrada com a comunidade e com os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços re□itam as necessidades da comunidade e satisfaçam suas expectativas.

2. Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir.

3. Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.

4. Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejam nova gestação.

5. Integração com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social para as mulheres.

2 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e re□exão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos a□rmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos.

2.1 PLANO INTERNACIONAL

As Conferências das Nações Unidas reconhecem tais direitos, especialmente no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva.

Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993): os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana.

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995): os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos reconhecidos nos diversos tratados e convenções internacionais e incluem o direito de toda pessoa a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; o tema do aborto inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária.

Cairo e Beijing de□nem como saúde reprodutiva: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos”. (Fonte: item 7.2, Cairo; parágrafo 94, Beijing).

A saúde reprodutiva inclui o direito de mulheres e homens:

a) a desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco;

b) a procriar, com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência;

c) à informação e ao acesso a métodos seguros, e cientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha;

d) ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos, garantindo-lhes as melhores possibilidades de terem filhos sãos.

Pela magnitude dos efeitos dos abortamentos realizados em condições inadequadas sobre a saúde da mulher, os governos foram instados a desenvolver ações para tratá-los, a considerar o abortamento como um importante problema de saúde pública, e reduzir sua prática mediante a prestação de serviços de planejamento familiar (Parágrafo 8.25, Cairo), bem como, "considerar a possibilidade de reformar as leis que preveem medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais" (parágrafo 106 k, Beijing).

Ainda, "em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis". (Cairo +5, artigo 63, inciso 3).

O Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994).

A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas consequências são de alta prioridade para pro□ssionais de saúde. Às mulheres deve ser garantindo o acesso: à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pós-aborto para, inclusive, evitar abortos repetidos.

2.2 PLANO NACIONAL

A legislação brasileira incorpora os direitos humanos internacionais e prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gestação indesejada e ao abortamento.

São elas:

2.2.1 Constituição Federal

***Igualdade*:** "homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações" (Art. 5, I), inclusive no que se refere à "sociedade conjugal" (Art. 226, § 3º).

Planejamento familiar: "fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científ□cos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições o□ciais ou privadas" (Art. 226, § 7º). A Lei nº 9.263/96 o de□ne como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal.

2.2.2 Código Penal, Doutrina e Jurisprudência

Não é crime e não se pune: o abortamento praticado por médico(a), se: a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128, I); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (Art. 128, II).

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com o consentimento da mulher. Nesses casos, o abortamento é um direito da mulher.

2.2.3 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes

O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, conforme Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes, que contempla a organização da atenção e um guia geral para esse atendimento. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos, e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

O(a) médico(a) e demais pro□ssionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois "*é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima*" (*Código Penal*, Art. 20, § 1º).

2.2.4 Código Civil

Do consentimento

O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com o Código Civil arts. 3°, 4°, 5°, 1631, 1690, 1728 e 1767 – Código Civil:

a) a partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha;

b) a partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela;

c) antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade.

De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

2.2.5 Ética Pro□ssional

Do sigilo pro□ssional

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer pro□ssional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática pro□ssional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-pro□ssional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

É crime: "revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou pro□ssão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem" (*Código Penal*, art. 154).

Constituição Federal: "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação" (Art. 5º, X).

Quanto à criança e ao adolescente

Código de Ética Médica: "é vedado ao médico revelar segredo pro□ssional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente" (Artigo 74 – Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 – *Código de Ética Médica*).

Estatuto da Criança e do Adolescente: a) considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar 18 anos; e b) deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.

A assistência à saúde de crianças ou adolescentes menores de 18 anos em abortamento deve, pois, submeter-se ao princípio da proteção integral. Se a revelação for feita para preservá-la de danos, estaria afastado o crime de revelação de segredo pro□ssional. Entretanto, a revelação do fato também pode lhe acarretar prejuízos ainda mais graves, como o seu afastamento do serviço de saúde e perda da con□ança nos pro□ssionais que a assistem. A decisão, qualquer que seja, deve estar justi□cada no prontuário da adolescente.

Da objeção de consciência

Código de Ética Médica: "*o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente*" (art. 7º). É seu direito "*indicar o procedimento adequado ao paciente observado as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país*" (art. 21) e "*recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência*" (art. 28). É vedado "*descumprir legislação específica nos casos de transplante de ór-*

gãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e ***abortamento***" (art. 43) e "*efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida*" (art. 48).

Não cabe objeção de consciência:

a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;

b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);

c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

Em caso de omissão, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (***Código Penal***, art. 13, § 2º).

É dever do(da) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) pro□ssional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

É dever do Estado manter, nos hospitais públicos, pro□ssionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional.

OBRIGAÇÕES INSTITUCIONAIS:

Embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites acima descritos, é OBRIGAÇÃO da INSTITUIÇÃO oferecer aos usuários do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção das gestações nos casos previstos em Lei. Qualquer forma de exposição ou negação dos serviços a que tem direito podem ser requeridos e/ou questionados à luz da justiça. Portanto é importante que os gestores e diretores clínicos estejam preparados para a implementação destes serviços nos hospitais públicos do País.

Referenciais da bioética no abortamento

A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida): a) *autonomia*: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; b) *beneficência*: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); c) *não maleficência*: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e d) *justiça:* o(a) pro□ssional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros inter□ram na relação com a mulher.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multipro□s-sional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: "Não fazer juízo de valor e não julgar", pois o dever de todos os pro□ssionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) pro□ssional de saúde.

3 ACOLHER E ORIENTAR

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Todos esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: "dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração". Pode também ser de□nido como "receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela" (PAIDÉIA, 2002).

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o pro□ssional certi□que-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.

3.1 NÃO JULGAR

A capacidade de escuta, sem prejulgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com con□itos, a valorização das queixas e a identi□cação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao pro□ssional adotar uma "atitude terapêutica", buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

3.2 ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE

Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita re□etir sobre a in□uência de suas convicções pessoais em sua prática pro□ssional, para que dessa forma possa ter uma atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Essa prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e a formação em serviço não têm propiciado uma dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática pro□ssional, muito pelo contrário, não preparam os pro□ssionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, en□m, com elementos que vão além da prática biomédica.

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os pro□ssionais da equipe multipro□ssional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá re□etir a qualidade da relação pro□ssional de saúde/usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os pro□ssionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência.

Devemos considerar que o papel de cada pro□ssional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação pro□ssional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assisten-

tes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especi-cidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da psicologia e do serviço social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A enfermagem também tem um papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde.

3.3 ROTEIRO DE CONVERSA

Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pela psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados a depender da disponibilidade da mulher e das condições do serviço para esse atendimento. Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como: a maternidade e o desejo de ser e não ser mãe, sexualidade, relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos signi-cados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.

3.3.1 Mudança de postura

Por envolver questões subjetivas de quem atende e quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Nesse sentido, podem ajudar: discussões coletivas, supervisões clínicas, troca de preocupações, o confrontar de atitudes e convicções implícitas no atendimento, reuniões e o-cinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas.

3.3.2 Atenção humanizada

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções des-

ta quanto à qualidade da assistência, melhora da relação pro□ssional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como in□uencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o pro□ssional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão, respeitando-a.

3.4 ESCUTA QUALIFICADA

Todos os pro□ssionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com uma abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de con□ança.

3.4.1 É responsabilidade da equipe:

- Respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autocon□ança.
- Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas.
- Identi□car e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando para serviços de referência, grupos de mulheres e organizações não governamentais (ONGs) feministas.
- Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade.
- Garantir a privacidade no atendimento e a con□dencialidade das informações.
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando às mulheres sobre as intervenções necessárias.

3.4.2 Para os pro□ssionais de saúde mental e serviço social:

- Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo.
- Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando uma postura autocompreensiva, que busque a autoestima.
- Identi□car as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida.
- Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro.
- Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos.

3.4.3 Informar e orientar:

- Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas.
- Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária.
- Informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento.
- Orientar quanto à escolha contraceptiva no momento pós-abortamento, informando, inclusive, sobre a contracepção de emergência.

3.4.4 Orientações clínicas

- SINAIS E SINTOMAS QUE REQUEREM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:
- CÓLICAS POR TEMPO PROLONGADO.
- SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE DUAS SEMANAS).
- SANGRAMENTO MAIS ABUNDANTE DO QUE UMA MENSTRUAÇÃO NORMAL.
- DOR INTENSA OU PROLONGADA.
- FEBRE, CALAFRIOS OU MAL-ESTAR GERAL.
- DESMAIOS.

3.4.5 Orientações gerais

- Informar sobre a rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo. O retorno da atividade sexual pós-abortamento não complicado pode ocorrer tão logo a mulher assim o desejar.
- A fertilidade retornará logo após o procedimento, de forma que é necessária a orientação de planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos.
- Agendar retorno para no máximo 15 dias para revisão pós-abortamento.
- Orientar sobre o que fazer e onde encontrar assistência de emergência.
- Orientar sobre complicações.

SINAIS DE RECUPERAÇÃO NORMAL

UM POUCO DE CÓLICA UTERINA DURANTE OS PRÓXIMOS DOIS DIAS, QUE PODE SER ALIVIADA COM ANALGÉSICOS LEVES, E UM POUCO DE SANGRAMENTO, QUE NÃO DEVE EXCEDER DE UMA MENSTRUAÇÃO NORMAL.

UMA NOVA MENSTRUAÇÃO PODE OCORRER DENTRO DAS PRÓXIMAS 4–8 SEMANAS.

4 ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

4.1 ASPECTOS CLÍNICOS

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. **Aborto** é o produto da concepção eliminado no abortamento.

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher.

Deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classi□cação sanguínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sí□lis e pesquisa do HIV.

Os abortamentos podem ser classi□cados em:

- ameaça de abortamento;
- abortamento completo;
- abortamento inevitável/incompleto;
- abortamento retido;
- abortamento infectado;
- abortamento habitual;
- abortamento eletivo previsto em lei.

4.1.1 Ameaça de abortamento

O sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional, e não existem sinais de infecção. O exame de ultrassom mostra-se normal, com feto vivo, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular.

Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido deve a mulher retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

4.1.2 Abortamento completo

Geralmente ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassom encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, podemos prescrever uterotônicos, ou pode ser realizada uma aspiração manual intrauterina (Amiu) com cânula bem fina. É importante ressaltar que a curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração não estiver disponível.

4.1.3 Abortamento inevitável/incompleto

O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça, e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultrassom confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual ou elétrica intrauterina por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, principalmente se o feto ainda estiver dentro do útero, emprega-se o misoprostol na dose de 200mcg de 12/12

horas, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com 3 a 5 dias de intervalo. Após a expulsão, persistindo o sangramento, se o tamanho uterino for menor ou igual a gestação de 12 semanas podemos realizar a complementação por aspiração uterina. Se o volume uterino for maior de 12 semanas utilizamos a curetagem uterina. Também é importante avaliar a perda sanguínea e, se necessário, far-se-á transfusão sanguínea. Em situações onde o esvaziamento é emergencial (hemorragias graves ou infecções graves), o uso do misoprostol deve ser evitado devido ao tempo de resposta necessário para o esvaziamento medicamentoso.

4.1.4 Abortamento retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça.

Trata-se com misoprostol quando o útero corresponder à gestação maior que 12 semanas e por meio de Amiu com útero correspondente a menos de 12 semanas.

4.1.5 Abortamento infectado

Com muita frequência está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais frequentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de secreção purulenta através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, através do toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

Os seguintes exames são necessários para melhor avaliação da mulher, bem como para seu seguimento: hemograma com contagem de

plaquetas; urina tipo I; coagulograma; hemocultura; cultura da secreção vaginal e do material endometrial, também para anaeróbios; raios-x do abdome; ultrassonogra□a pélvica ou de abdome total; e tomogra□a, principalmente para de□nir coleções intracavitárias. No tratamento é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%. Iniciar antibioticoterapia, junto com as medidas de suporte, dando preferência aos quimioterápicos de largo espectro. Pode ser utilizado um anaerobicida (metronidazol – 500g – 1g IV, a cada 6 horas, por 7 – 10 dias ou clindamicina – 600 – 900mg, a cada 6 ou 8h IV, por 7 – 10 dias), associado com um aminoglicosídeo (gentamicina – 1,5mg/Kg/dose IV ou IM, a cada 8h, por 7 – 10 dias ou amicacina – 15 mg/Kg/dia, a cada 6 – 8h IV ou IM, por 7 – 10 dias).

O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por aspiração manual intrauterina (Amiu), por apresentar menores taxas de complicações, reduzida necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode signi□car perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da Amiu pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina. Nos casos mais graves, acompanhados de peritonite e que demoram a dar uma resposta satisfatória, deve-se proceder a laparotomia exploradora e, se necessário, realizar retirada de órgãos pélvicos. A persistência de febre após os cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou trombo□ebite. Nesse caso indica-se a utilização da heparina.

4.1.6 Abortamento habitual

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, onde seja possível identi□car as causas e realizados tratamentos especí□cos.

4.1.7 Abortamento eletivo previsto em lei

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (Amiu) ou a dilatação e curetagem.

Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos. Para maiores informações sobre abortamento eletivo nos casos de violência sexual, consultar a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

4.2 ESCOLHENDO AS TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO

O abortamento seguro, nas razões legalmente admitidas no Brasil, e o tratamento do abortamento, constituem direito da mulher que deve ser respeitado e garantido pelos serviços de saúde. Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os pro□ssionais de saúde. Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher.

Recomenda-se que os serviços de saúde elaborem normas ou rotinas internas, incluindo-se □uxogramas e procedimentos, com a □nalidade de enfatizar e promover o compromisso dos pro□ssionais e da instituição. A normatização deve considerar as capacidades e habilidades especí□cas de cada serviço. A equipe multidisciplinar deve dispor de um espaço especí□co para a avaliação e o monitoramento do serviço e da qualidade da assistência, incluindo a discussão de questões éticas.

Durante o primeiro trimestre da gravidez consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intrauterina (manual ou elétrica), o aborta-

mento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco-benefício de cada procedimento.

Deve-se adotar critérios que considerem e respeitem:

1) a disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;

2) a capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método;

3) as condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição, podendo ser complementado, após a expulsão fetal, com curetagem ou aspiração uterina, segundo as condições clínicas da mulher. A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana deve ser reservada para condições excepcionais.

4.2.1 Abortamento farmacológico

É a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso. Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação e cumpre com as condições estabelecidas pela lei, pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro como no segundo trimestre da gestação.

No Brasil tem-se disponível o misoprostol e a ocitocina, conforme a Portaria MS/GM nº 1.044, de 5 de maio de 2010 – Aprova-se a 7ª edição da Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – 2010 (Publicada no Diário Oficial da União nº 85, Seção I – pág. 58, de 6 de maio de 2010) e a Resolução-RDC nº 13, de 26 de março de 2010, que dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria MS/SVS nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências.

As drogas utilizadas para interrupção da gravidez não devem ser usadas nos casos de conhecida intolerância.

Nos casos de gestação molar, não devem ser primeira opção e somente devem ser usadas excepcionalmente e sob estrita vigilância. Para mulheres portadoras de distúrbios da coagulação, incluindo uso de anticoagulantes, e entre as cardiopatas graves, deve-se manter vigilância rigorosa durante o uso das drogas. No abortamento de segundo trimestre, mantêm-se as mesmas condições assinaladas para o primeiro trimestre, acrescidas da presença de cicatriz uterina.

O possível risco de sangramento excessivo e o eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino devem ser discutidos com a mulher, devendo a paciente permanecer internada até a finalização do processo.

Nos casos de interrupção da gestação, a mulher deverá permanecer internada, até a conclusão do procedimento.

4.2.2 Misoprostol

ESVAZIAMENTO UTERINO NO 1º TRIMESTRE GESTACIONAL (ABORTO LEGAL OU ABORTO RETIDO)

1ª opção: Misoprostol 4 cápsulas de 200mcg via vaginal a cada 12 horas. (3 doses – 0,12 e 24 horas).

2ª opção: Misoprostol 2 cápsulas de 200mcg via vaginal a cada 8 horas (3 doses – 0,8 e 16 horas).

3ª opção: Misoprostol 1 cápsula de 200mcg via vaginal a cada 6 horas (4 doses – 0,6,12 e 18 horas).

Observação: Os últimos trabalhos científicos têm demonstrado que a 1ª opção apresenta maior eficácia, com expulsão do produto da concepção dentre as primeiras 24 horas podendo alguns casos demorarem 48 ou 72 horas, sem aumento dos efeitos colaterais.

ESVAZIAMENTO UTERINO NO 2º TRIMESTRE GESTACIONAL (ÓBITO FETAL INTRAUTERINO)

De 13 a 17 semanas – misoprostol 1 cápsula de 200mcg via vaginal cada 6 horas.(4 doses)

De 18 a 26 semanas – misoprostol 1 cápsula de 100mcg via vaginal cada 6 horas.(4 doses)

Observação: Se necessário repetir após 24 horas

ESVAZIAMENTO UTERINO NO 3º TRIMESTRE GESTACIONAL (ÓBITO FETAL INTRAUTERINO)

- Se o colo não está maduro, colocar misoprostol 1 cápsula de 25mcg via vaginal e repetir a dose se necessário após 6 horas.
- Se não houver resposta utilizar misoprostol 2 cápsulas de 25mcg via vaginal de 6/6 horas até 4 doses. Não usar mais de 50mcg por vez.
- Não administrar uma nova dose se já houver atividade uterina.
- Não usar ocitocina dentro das seis horas após o uso do misoprostol.

INDUÇÃO DO PARTO COM FETO VIVO

Misoprostol 1 cápsula (25mcg) via vaginal a cada 6 horas. Recomendado utilizar as doses durante o dia (7, 13 e 19 horas). Se não houver resultado repetir as doses no dia seguinte.

AMOLECIMENTO DE COLO UTERINO PRÉVIO A AMIU OU CURETAGEM

Misoprostol 2 cápsulas de 200mcg via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.

CONTRAINDICAÇÕES DO USO DE MISOPROSTOL

- Cesárea anterior.
- Cirurgia uterina prévia.
- Paciente asmática.
- Uso concomitante com ocitocina.
- Placenta prévia.

No primeiro trimestre deve ser discutido com a mulher, que poderá decidir por não continuar esperando o aborto e solicitar o esvaziamento a qualquer momento, o que deve ser aceito pela equipe médica. Se a mulher aceitar, no primeiro trimestre, deve-se esperar até 72 horas ou 24 horas depois da última dose. Após 72 horas o esquema pode repetir-se ou ser utilizado um método alternativo, dependendo da decisão da mulher. Geralmente o colo uterino apresenta-se favorável para aspiração ou curetagem.

No segundo trimestre, como há menos alternativas, é preciso esperar mais tempo. Propõe-se repetir o tratamento em ciclos de 48 horas, com três a cinco dias de intervalo, repetidos até completado o abortamento ou até que a mulher, em conjunto com o clínico, decidam passar a outros procedimentos, como exemplo a associação com ocitocina.

Efeitos colaterais podem ocorrer com a utilização do misoprostol, tais como: diarreia, que deve ser tratada apenas com hidratação oral, vômitos, controlados com antieméticos, e sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferentemente por meio de aspiração manual ou elétrica.

4.2.3 Aspiração Manual Intrauterina (Amiu)

Procedimento que utiliza cânulas de Karman, com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas a seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares através da raspagem da cavidade uterina e por

aspiração. Deve ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade do colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina. Nos casos de abortamento infectado Amiu é a técnica de eleição. Nos casos de interrupção da gravidez previstos na legislação vigente no País, com menos de 12 semanas, deve-se empregar essa técnica. A aspiração manual intrauterina (Amiu) é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo).

4.2.4 Curetagem uterina

Estando o colo uterino aberto, ou dilatado previamente pelos dilatadores de Deninston ou velas de Hegar, introduz-se a cureta e promove-se uma raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço) pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero. Por ser de utilização mais antiga, ainda é muito usada no Brasil. Nos casos do colo uterino estar fechado ou pouco dilatado, pode-se promover sua abertura por meio da dilatação cervical, embora esse procedimento não esteja isento de riscos. Nas gestações superiores a 12 semanas deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol. Então, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina.

4.3 ALÍVIO DA DOR

O processo de abortamento é para muitas mulheres desconfortável e doloroso, necessitando, portanto, de atenção médica adequada para o controle da dor. Situações emocionais in□uenciam na percepção da mulher em sentir a dor e podem di□cultar seus cuidados, exigindo do pro□ssional de saúde atitudes amigáveis e tranquilizadoras. A intensidade da dor sofre in□uências da idade da gestação, idade da mulher, dilatação cervical, além do medo da mulher em relação ao procedimento proposto e sua compreensão em relação ao abortamento. Mulheres que já experimentaram a maternidade, em geral, queixam-se menos de desconforto provocado pela dor. Aquelas que apresentam história de uso frequente de analgésicos geralmente necessitam de maior atenção.

A inadequação do controle da dor provoca nas mulheres sofrimentos desnecessários, além de aumentar suas ansiedades e de expor essas mulheres a mais complicações, provocando insatisfação quanto à qualidade da atenção prestada. Em todos os casos de atenção ao abortamento, quer na indução farmacológica ou nos outros procedimentos de esvaziamento (Amiu ou curetagem), a avaliação clínica criteriosa, esclarecimentos sobre os procedimentos que serão utilizados, apoio afetuoso, empático e humanizado, proporcionam ambiente favorável para uma abordagem menos medicamentosa, com menores riscos de complicações, menos custos, e mais rápida recuperação.

Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos é su□ciente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam receber drogas tranquilizantes, como o diazepan ou midazolan, quando a ansiedade passa a ser um componente prejudicial ao atendimento.

Em situações selecionadas, os usos de analgésicos narcóticos (petidina e mor□na) podem ser empregados, atentando-se aos seus possíveis efeitos adversos, principalmente a depressão respiratória, devendo estar disponíveis materiais e drogas para reanimação.

A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizado utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstrictor, injetando-se lentamente o anestésico na metade posterior do colo uterino (transição cérvice com a mucosa vaginal), às 5 e às 7 horas, com agulha □na (calibre 23 ou de insulina), a uma profundidade de 3–5mm, na quantidade de 3–8ml em cada ponto, tendo o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico.

A anestesia geral deve ser empregada quando disponível e essa for a opção da mulher, devendo todos estar cientes dos riscos, dos aumentos dos custos e da permanência mais prolongada da mulher no hospital. A instituição hospitalar deve estar equipada e seus pro□ssionais treinados para atuar nos casos de complicações.

5 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO

A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das consequências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como evitar que volte a ser acometida do mesmo problema no futuro.

Sabe-se que o risco de ter um novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores. Nos casos de aborto espontâneo de repetição, as mulheres precisam proteger-se de uma nova gravidez até serem encaminhadas a um serviço especializado que as ajude no diagnóstico e no tratamento de seu problema.

Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem se mostrado como uma medida e□caz para reduzir o risco de novos abortamentos.

A mulher em situação de abortamento, muitas vezes, não está preocupada com o risco de uma nova gravidez e não usa métodos anticoncepcionais espontaneamente. Ela precisa da orientação dos provedores de serviço e de disponibilidade de métodos e□cazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada. Portanto, o atendimento da mulher com complicações de abortamento só será completo se acompanhado de orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos no pós-abortamento imediato.

5.1 ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em geral, a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida, portanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação anticoncepcional.

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, por conseguinte, a anticoncepção deve iniciar-se também de imediato, ainda

que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada.

Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficiência de cada método para evitar a gravidez. Nesse sentido, o dispositivo intrauterino com cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficiente por não haver o risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização desses métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Outro método que deve ser destacado é a Anticoncepção Hormonal de Emergência (AHE), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo não usam métodos. Essas mulheres poderão estar expostas a relações sexuais inesperadas e não protegidas do risco de gravidez e de abortamento. A utilização da AHE poderá evitar a gravidez nesses casos.

Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas. Nesse sentido, não se pode deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção, contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

5.2 OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Idealmente, todos os métodos mencionados acima devem estar disponíveis no local onde se atende à mulher em abortamento, dando oportunidades às mulheres de iniciar o uso antes de receber alta. Em que pese a obrigatoriedade da orientação e oferta de métodos contraceptivos, as mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não os métodos acima citados.

Nos casos em que a mulher aceita um método, esse pode ser iniciado de imediato. No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no ☐m do esvaziamento uterino (Amiu ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15 dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento.

O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o quinto dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral. Como muitas mulheres terão di☐culdades em consultar na unidade de saúde dentro desses prazos, é necessário que os métodos estejam disponíveis no hospital que atende o abortamento para que as mulheres possam iniciar o método escolhido dentro do prazo recomendado. Reitera-se que a mulher pode engravidar caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida por algum método anticoncepcional.

5.3 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há que se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um ☐lho algum tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que a mulher também receba orientação sobre o planejamento de uma nova gravidez.

A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se o abortamento ocorreu no 2º trimestre da gestação. O retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje, assim ela deve ser orientada a usar um método contraceptivo por três meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais.

REFERÊNCIAS

ABORTO LEGAL: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir. 2002.

ADESSE, L.; MONTEIRO, Mário. *Magnitude do aborto no Brasil*: aspectos epidemiológicos e culturais. [S.l.: s. n. 2006].

ALEXANDER, S. Maternal health outcomes in Europe. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 111, p. S78-87, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao planejamento familiar*. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis*. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher.* Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final.* Brasília: Ministério da Saúde. 2006

COMPTE, G. M. *Mortalidade materna*. Salvador: [s. n.], 1993. *Dissertação* (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva.

CORRÊA, S.; FREITAS, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. *Estudos Feministas*, v. 5, n. 2, p. 389-396, 1997.

DINIZ, D. *Aborto e saúde pública*: 20 anos de pesquisas no Brasil. [S.l.], 2008.

DREZETT, J. *Painel de descriminalização do aborto*. Brasília, 2005. Realizado em Brasília e promovido pela Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/je□erson/problema_saude05.doc>. Acesso em: 17 nov. 2008.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *Morte e negação*: abortamento inseguro e pobreza. [Chicago], 2006.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). *Strategies for the treatment and prevention of sexual assault*. Chicago, 1995.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L. *Mortalidade materna na Bahia*. Salvador. 1998. *Relatório de Pesquisa*.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Sep 2008. doi: 10.1590/S1413-81232006000500015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. *Abortamento seguro*: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra, 2004.

RECIFE. Prefeitura Municipal. DIEVS. Mortalidade materna: de□nição, dados epidemiológicos, vigilância epidemiológica e □cha de investigação. In: SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia*: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires. Universidad Nacional de Quilmes, 2003. (mímeo)

SEGATO, Rita Laura. *El sistema penal como pedagogia de la irresponsabilidad y el proyecto "Habla preso: el derecho humano a la palabra em la carcel"*. Serie Antropológica 329

SIRIMARCO, Mariana. *Marcas de género, cuerpos de poder. Discursos de producción de masculinidad em la conformación del sujeto policial*.

SIMPOSIO NACIONAL DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. *Un problema de ética y justicia*. La Paz: Ipas Bolivia. 2002.

THE ALAN GUTTMACHHER INSTITUTE. *Aborto clandestino*: uma realidade latino-americana. [Nova Iorque],1994.

THE ALAN GUTTMACHHER INSTITUTE. *Sharing responsability*: women, society and abortion: worldwide [S.l.], 1999. 57 p. (Special Report).

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE *Facts on Induced Abortion Worldwide*. [S.l.], 2008. (special report). Disponível, em: <http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2008.

VALONGUEIRO, S. A. *Mortalidade materna em Pernambuco*: um estudo quantitativo e qualitativo. Belo Horizonte, 1996. Dissertação (mestrado). CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais.

ANEXOS

Anexo A

PORTARIA MS/GM Nº 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005.

Dispõe sobre o Procedimento de Justi□cação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de se garantir aos pro□ssionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

Considerando que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS,

RESOLVE:

Art. 1º O Procedimento de Justi□cação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justi□cação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a con□dencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois pro□ssionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois pro□ssionais de saúde do serviço, e conterá:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

II - tipo e forma de violência;

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e

IV - identi□cação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográ□co e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multipro□ssional, que anotará suas avaliações em documentos especí□cos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multipro-ssional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multipro-ssional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase veri-ca-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;

b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os pro-ssionais responsáveis; e

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados con-denciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identi-cado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justi□cação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário O□cial da União nº 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.

SARAIVA FELIPE

Anexo B

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu,_____, brasileira,_____anos, portadora do documento de identi□cação tipo_____, nº_____, declaro que no dia _____, do mês _____do ano de _____às _____, no endereço _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro_____, cidade_____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias:_____
_____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____homem(s) de aproximadamente _____anos, raça/cor _____cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____
_____

Em caso de agressor(a)(s) conhecido(a)(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/minha_____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ou não (alcoolizado, drogado).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____
_____

É o que tenho/temos a relatar

Local e data:_____

_____

Nome, identi□cação e assinatura

_____

TESTEMUNHAS

_____

Pro□ssional de saúde
Nome, identi□cação e assinatura

_____

Pro□ssional de saúde
Nome, identi□cação e assinatura

Anexo C

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonogra□a obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº_____ da paciente _____ _____, documento tipo_____nº_____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data:_____

Médico
(assinatura e carimbo)

Anexo D

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de_____ do Hospital _____ , avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identi□cação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº_____com _____semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data_____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multipro□ssional:

_____

Carimbo e assinatura

_____

Carimbo e assinatura

_____

Carimbo e assinatura

Anexo E

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identi□cação tipo_____nº_____, ou legalmente representada por _____ _____, portador (a) do documento de identi□cação tipo_____ nº_____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital_____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e data:_____

_____

Nome, identi□cação e assinatura