



eu acolho

Profissionais da APS
na prevenção do
aborto inseguro



COLETIVO
FEMINISTA
SEXUALIDADE
E SAÚDE

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Eu acolho profissionais da APS na prevenção do aborto inseguro. -- 1. ed. -- São Paulo : Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2023.

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-88039-06-3

1. Aborto 2. Aborto - Aspectos sociais
3. Aborto - Leis e legislação - Brasil 4. Atenção Primária à Saúde (APS) 5. Feminismo 6. Mulheres - Vítimas de violência 7. Saúde pública 8. Violência sexual.

23-172790

CDD-363.46

Índices para catálogo sistemático:

1. Aborto : Problemas sociais 363.46

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Ficha técnica

Redação e revisão:

Letícia Ueda Vella
Luiza Magalhães Cadioli
Maíra Fernandes Bittencourt
Mariana Pércia Namé de Souza Franco
Nathália Machado Cardoso

Projeto gráfico, ilustração e diagramação:

Isabela Magalhães Cadioli

Revisão ortográfica:

Rita Luiza de Pércia Namé

Realização e execução:

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Apoio:

Católicas pelo Direito de Decidir

Financiamento:

Brazil Foundation
Fundação Ríos River





eu **acolho**

*Profissionais da APS
na prevenção do
aborto inseguro*



Esta é uma publicação do:



**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE

O que significa a arruda?

A arruda é utilizada como um dos elementos gráficos do logotipo do nosso curso para fazer referência à luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que gestam.

Esta é uma planta muito importante para a cultura popular, conhecida por proteger, cuidar e curar. Ao longo da história, muitas gerações de mulheres utilizaram a arruda como um remédio popular para regular a menstruação atrasada.

Nos dias atuais, a Organização Mundial da Saúde recomenda métodos seguros de abortamento, que não envolvem o uso da arruda. Por isso, a imagem desta planta é apenas para lembrar-nos da história de mulheres que cuidavam de mulheres. Não tem como finalidade recomendar o seu consumo para a realização de procedimento abortivo, uma vez que a arruda não é um método seguro ou eficaz de interromper uma gestação indesejada.



Boa leitura!



Pedra, pau, espinho e grade

“No meio do caminho tinha uma pedra”,
Mas a ousada esperança
de quem marcha cordilheiras
triturando todas as pedras
da primeira à derradeira
de quem banha a vida toda
no unguento da coragem
e da luta cotidiana
faz do sumo bebestial
topa a pedra pesadelo
é ali que faz parada
para o salto e não o recuo
não estanca os seus sonhos
lá no fundo da memória,
pedra, pau, espinho e grade
são da vida desafio.
E se cai, nunca se perdem
os seus sonhos esparramados
adubam a vida, multiplicam
são motivos de viagem.

— **Conceição Evaristo**,
no livro “Poemas da recordação e outros movimentos”



Índice

Por que acolher gestações indesejadas?	7
Gestação indesejada e aborto, mais comuns do que parecem	7
O problema do aborto inseguro	8
Informação é proteção	9
Vamos começar?!	11
Redução de danos em aborto inseguro	12
Passo 1: Identificação dos casos	14
Passo 2: Confirmação da gestação, vínculo e acolhimento inicial	18
Passo 3: Identificação de permissivos legais e encaminhamento aos serviços de referência	21
Violência sexual	22
Risco de morte da pessoa que gesta	28
Gestação de fetos anencéfalos	30
Encaminhamento aos serviços de aborto legal	30
Entrega protegida	33
Passo 4: Atuação em casos sem permissivo legal	34
Passo 5: Seguimento do caso	38
Perguntas frequentes	41
Referências bibliográficas	46

Por que acolher gestações indesejadas?

Gestação indesejada e aborto, mais comuns do que parecem

O aborto¹ é um evento frequente e que faz parte da vida sexual e reprodutiva das mulheres e de outras pessoas que gestam², seja ele espontâneo ou provocado. Dentre os provocados, há aqueles que são realizados com amparo da lei, mas também há os que ocorrem na clandestinidade.

Estudos mostram que de 2015 a 2019, 73 milhões de abortos foram provocados por ano no mundo, o que corresponde a aproximadamente 61% das 121 milhões de gestações não planejadas a cada ano (BEARAK et al., 2020). No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2021 mostram que a gestação indesejada e o aborto são eventos cotidianos na vida das brasileiras: duas em cada três (66%) não planejaram a gestação e uma em cada sete já interrompeu uma gravidez ao chegar aos 40 anos – metade delas com 19 anos ou menos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023).



2 em cada 3
não planejaram



2 em cada 7
já interrompeu uma gravidez
antes dos 40 anos

¹ O termo “aborto” refere-se mais precisamente ao produto da concepção eliminado da cavidade uterina ou abortado, enquanto o termo “abortamento”, mais aceito pelos médicos, diz respeito ao processo que ameaça a gravidez e pode culminar ou não na perda gestacional (conceito pesando menos que 500 gramas – OMS, <http://www.anvisa.gov.br/auxilio/sites/inter.htm>). Popularmente, o processo de abortamento é chamado de aborto, então, nesta cartilha, utilizamos as duas expressões como sinônimos.

² As autoras desta cartilha, situadas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com foco no atendimento humanizado a pessoas que vivenciam gestações indesejadas, consideram que a categoria mulher, a despeito de sua importância na luta feminista, não abarca o conjunto de todas as pessoas que podem gestar e, portanto, abortar. Assim, ancoradas na perspectiva do feminismo interseccional, entendendo que vivemos em uma sociedade cisnormativa e binária, e que pessoas trans e não binárias também abortam, a linguagem escolhida para lidar com o tema tem como foco o objetivo de ser inclusiva. O uso de termos como pessoa(s), pessoa(s) gestante(s), pessoa(s) que gesta(m), mulheres e outras pessoas que gestam/podem gestar será recorrente no texto e utilizado sempre que pertinente. O uso do termo mulheres, isoladamente, será realizado quando citarmos artigos e textos de maneira literal, para preservação do conteúdo, quando a informação utilizada estiver relacionada apenas à experiência e pesquisa de mulheres cis ou não fizer distinção entre pessoas cis, trans e não binárias.

As pessoas que abortam são de todas as faixas etárias, níveis educacionais, raças, classes sociais e regiões geográficas. Além disso, a maioria tem alguma religião: são católicas, evangélicas, e frequentam igrejas e templos para manifestarem sua fé (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2023).

Para entender mais sobre esse tema, não deixe de acessar as cartilhas:

“Justiça Reprodutiva e Religião” do Movimento das **Católicas pelo Direito de Decidir.**



“Meu Corpo É Templo: Práticas de Acolhimento a Pessoas de Fé” da Rede de Mulheres Negras Evangélicas.

Ainda que o aborto seja um evento muito comum, que afeta muitas pessoas, pouco se fala sobre isso. Seja nas rodas de amigos ou nos serviços de saúde, o estigma sobre esse tema é grande, e muitas pessoas não falam sobre o assunto por medo de julgamento moral, religioso e criminalização. Mas, independente da legalidade, todas as pessoas que passam por um aborto precisam ser acolhidas.

O problema do aborto inseguro

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto inseguro é aquele que é realizado com recursos inadequados, usando técnicas não reconhecidas, feito por profissionais não habilitados ou em ambientes que não atendem a condições sanitárias mínimas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). As pessoas que estão sob maior risco de um aborto inseguro são aquelas que vivem em países onde o aborto é criminalizado, por terem menor acesso a métodos de aborto seguro disponíveis, o que as aproxima de procedimentos inseguros, que vão desde o uso de sondas, substâncias cáusticas, objetos perfurantes

(HARDY; ALVES, 1992) até ervas e medicamentos.

A proporção de gestações indesejadas e abortos é maior em países do sul global, onde as leis são mais restritivas e também onde há maior prevalência de abortos inseguros (SINGH et al., 2018). Estima-se que 1/3 (um terço) dos abortos do mundo seja realizado em condições menos seguras ou perigosas (GANATRA et al., 2017).

QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E DE JUSTIÇA SOCIAL E REPRODUTIVA!

No Brasil, país onde o término voluntário de gestações é criminalizado, o aborto inseguro é a 4ª causa de morte no ciclo gravídico-puerperal, perdendo apenas para hipertensão, hemorragia e infecção puerperal (DATASUS, 2023). Quando comparamos com mulheres brancas, as mulheres pretas têm uma probabilidade 46% maior de virem a fazer um aborto até os 40 anos (Diniz et al., 2023), enfrentam mais barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento pós aborto, mais medo de serem maltratadas nos serviços de saúde e 2,5 vezes mais chances de morrer por conta de um aborto inseguro (GOES et al., 2020), o que evidencia que a raça também é um fator determinante quando falamos em riscos do aborto inseguro.

Assim, ao falarmos em direitos sexuais e reprodutivos, precisamos considerar que as pessoas estão situadas social e relacionalmente (BRANDÃO; CABRAL, 2021). Essa dimensão social pode ser compreendida a partir do conceito de justiça reprodutiva, neologismo criado em 1994 pela ativista feminista negra Loretta Ross. Ao unir “direitos reprodutivos” e “justiça social”, a justiça reprodutiva reivindica a ampliação de direitos para pobres e racializadas, numa perspectiva de interseccionalidade (ROSS, 2017).

Um aborto realizado em condições sanitárias adequadas e sob uso das recomendações da OMS é considerado um procedimento tão seguro que chega a ser 14 vezes mais seguro que um parto (RAYMOND; GRIMES, 2012). Ou seja, o procedimento em si não justifica que o aborto esteja, ano após ano, entre as principais causas de mortalidade no ciclo gravídico-puerperal no Brasil. O que mata é o aborto inseguro, não o aborto em si.

Informação é proteção

Profissionais de saúde têm o dever ético de compartilhar informações com intuito de reduzir a morbimortalidade de seus pacientes, independente de valores morais, que não deveriam nunca impedir que uma pessoa tenha acesso às melhores evidências científicas sobre qualquer tema de saúde (GIUGLIANI et al., 2019).

Assim, se a questão do aborto inseguro é um problema de saúde pública e uma condição prevalente na população, os profissionais de saúde têm papel fundamental na identificação de gestações indesejadas e na atuação voltada para a orientação sobre os riscos e danos associados ao aborto inseguro. Dentre os profissionais, consideramos que especial atenção deve ser dada aos que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que estão inseridos no território, próximos às casas das pessoas, participando da vida cotidiana e oferecendo cuidados à população durante toda a vida, incluindo os anos reprodutivos.

Os profissionais de saúde, muito comumente, não conseguem reconhecer uma gestação indesejada e ofertar as orientações necessárias, bem como deixam de encaminhar pacientes que têm direito ao aborto previsto em lei para os serviços de aborto legal. Há uma lacuna na formação profissional e a isso se soma o fato de gestação indesejada e aborto serem temas tabus, mesmo dentro da saúde.

Nesta cartilha explicamos como podemos ajudar meninas, mulheres e outras pessoas que gestam a reduzirem o estigma, os riscos e as complicações de saúde decorrentes do aborto inseguro. O curso **“Eu acolho – profissionais da APS na prevenção do aborto inseguro”**, é uma metodologia desenvolvida pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS) para ensinar, em modelo de “passo a passo”, profissionais da Atenção Primária à Saúde a prestarem atendimento de maneira sistematizada e organizada, com foco na longitudinalidade, no vínculo e no acolhimento.

Vamos começar?!

Antes de mais nada é importante fazermos algumas definições. Você sabe o que significa o conceito de aborto? E o de redução de danos? Ambos são essenciais para iniciarmos esta conversa.

A seguir, vamos trabalhar esses dois conceitos.

O que é um aborto?

A OMS (WHO, 2022) considera, para a definição de aborto, a intenção/desejo da pessoa que gesta:

- **Aborto espontâneo** é a perda **espontânea** de uma gravidez, **antes de 24 semanas** de gestação ou com feto pesando menos que 500 gramas, isto é, antes que este seja viável fora do útero. Se a gravidez for expulsa, o aborto espontâneo é denominado "completo"; quando restam tecidos retidos no útero, é chamado de "incompleto".
- **Aborto induzido** é a perda **intencional** da gravidez, por meios medicamentosos ou cirúrgicos, independente de serem gestações viáveis ou não e **independente da idade gestacional**, podendo haver abortos de primeiro, segundo ou terceiro trimestre.

O que é redução de danos?

A redução de danos (RD) envolve todos os programas e políticas de saúde pública que têm por objetivo reduzir possíveis danos associados a práticas específicas. Seu objetivo não é proibir a realização da prática em si, já que se compreende que as pessoas a realizarão de toda forma, mas sim evitar maiores danos à saúde como resultado dessa prática. Parte-se do pressuposto de que o fornecimento de serviços e informação de saúde devem ser ofertados sem valoração moral prévia (HAWK et al., 2017) e de que isso confere proteção aos indivíduos.

Talvez você já tenha ouvido falar sobre o termo RD associado ao uso de drogas, pois essa estratégia se mostrou muito eficaz em vários países do mundo, incluindo o Brasil, para reduzir os efeitos nocivos dessa prática, como da transmissão de HIV/AIDS, muito comum com o compartilhamento de agulhas na década de 80.

Redução de danos em aborto inseguro

Todo profissional da saúde possui o dever ético de acolher uma pessoa em situação de gravidez indesejada e fornecer todos os cuidados e informações necessários para que os seus direitos à saúde e ao planejamento familiar sejam concretizados, evitando que essa pessoa se coloque em risco (ANIS INSTITUTO DE BIOÉTICA et al, 2023).

Assim, quando falamos de aborto, a RD significa que os serviços de saúde assumem o papel de fornecer informação e apoio para que as pessoas possam tomar decisão informada, responsável e autônoma diante de uma gestação indesejada. O objetivo principal dessa estratégia é reduzir os riscos de abortos inseguros e as complicações relacionadas ao procedimento.

A estratégia de RD parte dos pressupostos de que:

1. O aborto é realizado por mulheres e pessoas que gestam independentemente da legalidade ou ilegalidade de sua prática. Os dados sobre aborto no Brasil comprovam essa afirmação;
2. As pessoas têm recursos para realizar o abortamento com a técnica adequada e sob orientação de profissionais, tanto em contextos de legalidade ou ilegalidade (WHO, 2022);
3. A ilegalidade não reduz o número de abortos, mas expõe mulheres e pessoas que gestam a abortos inseguros, colocando em risco sua saúde e sua vida;
4. O aborto é um problema de saúde pública, não devendo as crenças dos profissionais de saúde serem um obstáculo para o seu cuidado e orientação adequados.

A RD é, portanto, uma opção de atendimento em saúde a ser oferecida para as pessoas que desejam abortar, mas que estão constrangidas pela lei penal. Nessa estratégia, profissionais da saúde assumem seu dever ético e profissional de fornecer informações sobre saúde de forma imparcial, apontando os riscos e as práticas adequadas de abortamento, garantindo que as pessoas não se coloquem em risco.

Você sabia?

O modelo de redução de danos aos agravos causados por abortos inseguros foi implementado com muito sucesso no Uruguai, em 2001, a partir de um programa denominado “Iniciativas Sanitárias”. Nele, profissionais da saúde atuavam no momento “antes” e “depois” do abortamento, ainda que o procedimento não pudesse ser ofertado fora das hipóteses previstas em lei.

A experiência foi tão bem sucedida que cinco meses após o seu início, o programa foi reconhecido como parte das políticas públicas do Ministério da Saúde do Uruguai.

O impacto na mortalidade materna em decorrência de abortos inseguros foi inquestionável: o Uruguai, que tinha como principal causa de morte materna o aborto até então, com uma taxa de 50% de letalidade no Hospital Pereira Rossel, no período de setembro de 2004 a junho de 2005 não registrou nenhuma morte por aborto no hospital (BRIOZZO et al., 2006).

O Uruguai não foi o único país que adotou a estratégia de redução de danos para diminuir o impacto do abortamento inseguro na saúde de mulheres e pessoas que gestam. Essa estratégia também foi adotada na Argentina e no Peru (Anis – Instituto de Bioética; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2021).

Dito isso, vamos ao
“passo a passo”?





Passo 1: **Identificação dos casos**

A identificação dos casos de gestação indesejada pode ser desafiadora, já que nem sempre pacientes chegarão verbalizando ativamente que a gravidez não é desejada ou que desejam abortar.

O Teste Rápido de Gestação (TGR) (TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ NA ATENÇÃO BÁSICA, 2014) é indicado para pessoas em idade fértil, que se apresentem à unidade de saúde relatando suspeita de gestação. Entre os diferentes motivos que podem fazer uma pessoa suspeitar de que esteja grávida, o principal é o atraso da menstruação. A sensibilidade do TGR tem relação estreita com o tempo de atraso menstrual sendo, em sua maioria, indicado quando o atraso for igual ou superior a sete dias. Em casos em que o atraso menstrual for maior que 2 meses, devemos considerar a possibilidade de confirmação da gravidez pelo exame clínico ou por ultrassom.

Não podemos deixar de considerar que algumas pessoas podem se apresentar à unidade de saúde desejando o TGR logo após uma relação sexual desprotegida. Por isso, para todos os casos, devemos questionar se a pessoa sabe a data da relação e, caso o relato seja de que a mesma ocorreu nos últimos cinco dias, deve-se ofertar a pílula de emergência ou a inserção DIU de cobre.

Vale lembrar!

Qualquer pessoa que relate exposição à relação sexual desprotegida pode e deve realizar testagem para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como sífilis, HIV e hepatites B e C, observando-se os períodos de janela imunológica de cada teste, o que exige o retorno da pessoa à unidade de saúde, após esse período, para sua realização.

- Para HIV e sífilis: 30 dias.
- Para hepatites B e C: 60 dias.

Caso a unidade de saúde tenha disponibilidade de testagens rápidas de HIV, sífilis e hepatites, estas devem ser ofertadas e realizadas no momento do acolhimento.

É papel do profissional de saúde, ao se deparar com uma suspeita de gestação, fazer a chamada orientação pré teste antes de realizar o TRG. Em relação à gestação, essa orientação consiste em conversar sobre as chances de o teste estar positivo e sobre o que fazer caso isso aconteça.

O momento prévio ao TRG é, por si só, uma boa oportunidade para questionarmos, por meio de perguntas diretas, sobre:

1. **CONSENTIMENTO** em relação à relação sexual;
2. **PLANO E SENTIMENTOS** diante de um possível resultado positivo; e
3. **DESEJO** de continuar a conversa após a realização do TRG, independente do resultado.

Essas atitudes têm o potencial de criar um espaço de confiança para que a pessoa possa se expressar e são muito importantes, pois só assim poderemos entender se estamos diante de um caso de maior risco que necessitará maior orientação e vigilância – ou não.

Além disso, é muito importante nos atentarmos para o ambiente em que o teste será realizado. O local mais apropriado para fazer esse tipo de questionamento e oferecer o TRG é um espaço privativo, de portas fechadas. Corredores e salas que precisam ficar abertas expõem a pessoa e diminuem a chance de ela se sentir segura. Além disso, consultas em saúde devem ser sigilosas.

A seguir você encontra informações sobre o que fazer e o que não fazer diante de uma pessoa que se apresenta na unidade de saúde para realizar um TRG.

Se o profissional estiver diante de uma relação de violência sexual, ele deve ofertar também o uso das profilaxias adequadas para evitar contágio de IST, e realizar a notificação dos casos pelo SINAM. Como o foco desta cartilha é a atenção à gestação indesejada, recomendamos leitura complementar sobre esse aspecto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DIRETRIZES, 2022).

O que fazer e o que não fazer antes da realização do TGR

ATTITUDES DESEJÁVEIS	<p>Garantir um local privativo, onde possa ficar de portas fechadas com a pessoa que realiza o teste, sem interrupções.</p> <p>Comunicar-se de maneira clara e empática.</p> <p>Construir espaço de confiança, com escuta atenta.</p> <p>Lançar mão de perguntas diretas para avaliar.</p> <p>1. CONSENTIMENTO</p> <p>“Houve relação sexual sem o seu consentimento?”</p> <p>“Você foi forçada a ter relação sexual?”</p> <p>“Você se sentiu coagida/ameaçada para ter essa relação sexual?”</p> <p>Obs.: essas perguntas também devem ser feitas em caso de relacionamentos com pessoas conhecidas (maridos, namorados, e outros).</p> <p>2. PLANO E SENTIMENTOS</p> <p>“Você deseja/planejou estar grávida agora?”</p> <p>“Se esse teste vier positivo, como é isso para você?”</p> <p>“Qual a sua expectativa com a realização deste teste?”</p> <p>3. DESEJO</p> <p>“Você gostaria de continuar essa conversa após a realização do teste?”</p> <p>“É muito comum que pessoas venham à unidade e fiquem apreensivas na hora de realizar o teste. Independente do resultado, estamos aqui para te escutar, tá bem?”</p>
---------------------------------	--

Normalmente as pessoas usuárias são encaminhadas para realização do TRG em atendimentos ofertados por técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros. Assim, entendemos que faz parte da competência técnica desses profissionais a realização do acolhimento inicial.

ATITUDES EVITÁVEIS

Não garantir ambiente privativo, ex: realizar o teste no corredor da unidade, ou em qualquer lugar que não permita ficar de portas fechadas ou que tenha grande circulação de pessoas entrando e saindo

Não questionar a expectativa da pessoa diante do teste. Construir espaço de confiança, com escuta atenta.

Assumir que um teste positivo seria motivo de felicidade para a pessoa que o realiza

“Se o teste vier positivo, é sempre uma benção.”

“Será que vêm bebê aí?”

“Parabéns mamãe!”

Fazer piada, julgamento ou comentário culpabilizador

“Você está com medo de o teste estar positivo? Mas na hora de se proteger não se importou com isso, né?!”

“Será que está gestante? É isso o que acontece com quem não se protege.”

“Você não aplicou a injeção mês passado? Não acredito!”

No entanto, outra conduta interessante é oferecer a possibilidade de que a pessoa possa fazer o TRG em casa, já que nem todas se sentem à vontade para realizá-lo na UBS. Seja por medo de julgamento ou exposição, essa opção pode deixá-la mais confiante e deve ser sempre ofertada. Nesses casos, devemos oferecer um retorno breve em consulta de acolhimento, caso seja o desejo da pessoa.

Atenção!

A imposição de barreiras para a realização do TRG faz com que as pessoas demorem mais a descobrir a gestação e as coloca diante de situações ainda mais inseguras!



Passo 2: **Confirmação da gestação, vínculo e acolhimento inicial**

Ainda que algumas pessoas busquem realizar o TRG nas unidades de saúde, muitas chegam à unidade sabendo da gestação (suspeitando a partir de sintomas ou até mesmo a partir da realização de teste comprado em farmácia) e agendam consultas para receberem orientações. Há, ainda, os casos que são trazidos para a equipe via Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais de grande importância, uma vez que desempenham papel relevante na identificação de problemas e agravos de saúde e no encaminhamento das demandas da população à equipe responsável. Tanto nesses casos quanto naqueles onde é o profissional de saúde que dá a notícia da gestação, é importante que haja uma tentativa de acessar como é que a pessoa gestante se sente em relação à gravidez confirmada.

Acessando sentimentos diante de uma gestação confirmada

“Você estava planejando essa gestação?”

“Como é, para você, estar grávida nesse momento?”

“Como você se sente em relação a essa gestação?”

Isso faz com que a pessoa se sinta segura em expressar seus sentimentos (tristeza, raiva, alegria, tranquilidade, indiferença, preocupação) e permite que identifiquemos quem são aquelas que precisarão de acolhimento e escuta qualificada com foco na RD ao abortamento inseguro.

Após a escuta inicial, se identificarmos que a gestação é indesejada, devemos garantir o espaço adequado e sigiloso para aprofundar a conversa sobre este assunto.

Muitas pessoas têm medo de contar a um profissional de saúde que estão com dúvidas ou que rejeitam completamente a gestação. Assim, é importante que o profissional fale de maneira assertiva e direta que esse é um espaço seguro, livre de julgamentos e onde há garantia de sigilo sobre toda e qualquer informação.

Estreitando vínculo após a revelação de uma gestação indesejada

“Muitas pessoas vivenciam situação parecida com a sua. É mais comum do que imaginamos e eu estou aqui para te ouvir sem julgamentos. Saiba que este é um espaço seguro e que aqui você tem sigilo garantido sobre qualquer informação que queira compartilhar.”

Em seguida, é importante compreendermos se, ainda que não desejada ou planejada, a gestação é aceita pela pessoa gestante, se há alguma ambivalência ou se ela é inaceitável e, portanto, fonte de muito sofrimento. Algumas perguntas podem nos ajudar a compreender a perspectiva de futuro da pessoa, tais como:

Acessando expectativas e planejamento

“Você pensou o que fazer agora?”

“O que está passando na sua cabeça diante deste teste positivo?”

“Entendi que você não esperava/desejava esta gestação. O que você pensa em fazer agora?”

Diante dessas perguntas, esteja preparado para obter respostas como:

“Isso é uma tragédia na minha vida”

“Eu não posso seguir com essa gestação.”

“O que vou fazer agora? Minha vida acabou.”

“Estou muito confusa, não esperava por isso, preciso pensar um pouco.”

“Meu marido não vai acreditar. Ele queria mais um filho, mas eu não.”

“Eu não queria ser mãe agora, mas a minha religião entende isso como uma benção.”

“Eu não queria estar grávida, mas agora que veio, tudo bem, vou seguir adiante.”

“Não era meu plano, mas acredito ser o plano de Deus, então se veio, está tudo bem.”

Todas essas conversas devem, evidentemente, respeitar o tempo e os valores da pessoa atendida. Muitas vezes precisamos de mais de um encontro para que possamos estreitar o vínculo e falar de planos e desejos, portanto deixe essa possibilidade clara. Muitas vezes, ofertar um retorno agendado é uma ótima opção.

Respeitando tempo e valores

“Se você precisar de um tempo para pensar, tudo bem. Quer voltar semana que vem e falamos melhor?”

“Tudo bem se você não quiser falar sobre isso agora. Mas, caso mude de ideia, eu estou aqui para te ouvir.”

Ao se deparar com uma pessoa que vivencia uma gestação indesejada é importante tentarmos identificar se estamos frente a um caso que se encaixa em algum permissivo legal (violência sexual, anencefalia ou risco de morte materna) para acesso ao aborto. Deixar clara a sua intenção de fazer essa identificação é importante. É o que abordaremos com mais profundidade no passo 3 desta cartilha.





Passo 3: Identificação de permissivos legais e encaminhamento aos serviços de referência

No Brasil, o aborto é permitido:

- em gestação decorrente de estupro (BRASIL, 1940)
- para salvar a vida da gestante (BRASIL, 1940)
- em caso de anencefalia fetal (BRASIL, 2012)

Diante de uma dessas três situações, o profissional de saúde tem, como dever ofertar a possibilidade de:

1. Interrupção legal da gestação em um serviço de interrupção de gravidez disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012);
2. Realização do pré-natal e manutenção da gravidez para entrega voluntária e protegida ao final da gestação;
3. Realização do pré-natal e manutenção da gravidez para assumir a parentalidade.

Assim, o papel do profissional de saúde, a partir da identificação do caso é de:

- Orientar a pessoa gestante sobre seus direitos e como acessá-los;
- Identificar os riscos de interrupção da gestação, mesmo que o caso não esteja dentro dos permissivos legais

Sendo o serviço de saúde um lugar de acolhimento e cuidado, o profissional de saúde não pode agir como um profissional de fiscalização da lei. Além disso, é essencial saber que:

“É dever do Estado garantir o direito à saúde, reduzir o risco de doenças e de outros agravos e promover todas as ações necessárias para o acesso universal e igualitário à saúde”.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

(CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Além disso, o Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019) determina que o médico ou a médica:

- Não pode, em hipótese alguma, causar dano a paciente por omissão;
- 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;
- Deve guardar todas as informações obtidas no desempenho de suas funções sob a garantia do sigilo profissional.

Dito isto, abordaremos agora o que um profissional da saúde deve fazer diante das três situações englobadas nos permissivos legais.

Violência sexual

No acolhimento as vítimas de violência sexual há várias condutas importantes a serem seguidas, inclusive a notificação na ficha do SINAN, mas o foco dessa cartilha, como já dito acima, são as condutas referentes a gestação decorrentes de violência sexual.

O que é violência sexual?

*“violência sexual é qualquer conduta que a **constranja 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.**”*

(BRASIL, 2006)

Outro ponto importante a respeito da definição de violência sexual/ estupro é em relação a mudanças sobre essa concepção a partir da Lei 12.015 de 2009, que define:

“ser crime ter conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso com menores de 14 anos ou indivíduos que possuam alguma enfermidade ou deficiência mental que os impeça de discernir para a prática do ato, podendo o agressor ser punido com oito a 15 anos de reclusão (BRASIL, 2009).”

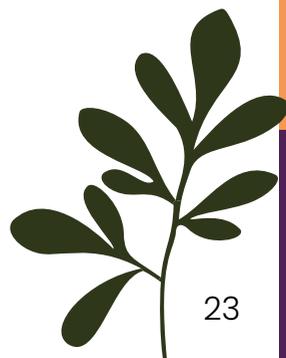
Você sabia que essas situações garantem direito ao aborto legal?

Gestação de meninas abaixo de 14 anos (até 13 anos, 11 meses e 29 dias)

- Gestação fruto de relação sexual, seja com marido, namorado, conhecido, parceiro ocasional, **em que a pessoa não esteja em condições de consentir**, seja por uso de bebida alcoólica, outras drogas, seja por uso da força, seja por chantagem, é considerada violência sexual.
- Gestação decorrente de qualquer **ato de fraude em meio a uma relação sexual** que foi consentida naquela situação, pode ser considerado violência sexual, (exemplo: retirar a camisinha no meio da relação sem consentimento e dar continuidade ao ato enganando a pessoa) (BRASIL, 2009). Na situação descrita, o que se pode verificar é uma falha de consentimento sobre a continuidade da relação sexual porque a concordância com a relação foi fornecida mediante a condição específica do uso do preservativo.

Atenção!

É muito importante que todo profissional da saúde tenha conhecimento das leis, uma vez que essa compreensão impacta na qualidade do atendimento e no acesso aos direitos garantidos por lei.



MAIOR NÚMERO DE ESTUPROS DA HISTÓRIA

74.930
vítimas

18.110
estupros

56.820
estupros de
vulnerável

8,2%

de crescimento
em relação a 2021



ONDE OCORREM



68,3%

na residência
da vítima



9,4%

em vias
públicas

AGRESSORES CONHECIDOS

Vítimas de 0 a 13 anos

86,1%

conhecidos

64,4%

familiares

Vítimas de 14 anos e +

77,2%

conhecidos

24,3%

parceiros ou
ex-parceiros

QUEM SÃO AS VÍTIMAS



11,3%

sexo masculino



88,7%

sexo feminino

56,8%
negras

42,3%
brancas

0,5%
indígenas

0,4%
amarelas

PRINCIPAIS VÍTIMAS SÃO CRIANÇAS

61,4%

tem entre
0 e 13 anos

10,4%

tem menos
4 anos

O papel do profissional da atenção primária no reconhecimento dos casos passíveis de permissivos legais envolve, muitas vezes, compreender as circunstâncias em que se deram a gestação e ajudar a pessoa gestante a reconhecer eventos que possam se enquadrar no crime de estupro. Portanto, as perguntas para ajudar a nomear uma violência devem fazer parte da anamnese. Isso tem importância singular em casos que não envolvem o imaginário clássico de um desconhecido abordando com extrema violência física uma menina em uma rua escura. Assim, o profissional precisa estar atento a casos em que as violências perpetradas por pessoas conhecidas, em ambiente domiciliar, ou quando a mulher está em situação da qual ela mesma possa sentir-se culpada, como vestida de forma específica ou sob efeito de álcool, por exemplo (WILSON; MILLER, 2016). Isso inclui os estupros conjugais que, em muitos contextos, são dados como parte da natureza das uniões e casamentos.

Exemplos de falas que o profissional pode usar para auxiliar a pessoa e reconhecer uma violência sexual

“Você queria ter a relação que gerou essa gravidez?”

“Você se sentiu ameaçada durante a relação sexual?”

“Você entende que houve uso da força física sem seu consentimento nessa relação sexual?”

“Você acha que estava em condições de dizer sim ou não durante essa relação?”

“Em algum momento da relação sexual você pediu para parar e não foi respeitada?”

“Foi retirado o preservativo durante a relação sexual sem o seu consentimento?”

Reconhecida e nomeada a violência, é hora de comunicar direitos para a pessoa gestante. Nesse momento, a pessoa deve saber que pode optar por uma das 3 possibilidades destacadas no início deste texto.

Comunicando direitos

“Pela história que você me contou e pela lei brasileira, você tem direito de acessar o aborto legal. Você gostaria de ouvir informações sobre essa possibilidade?”

“Entendo que o que aconteceu com você foi uma situação de violência sexual. Você sabia que, nesses casos, você tem direito a interromper legalmente sua gestação? Você também tem a opção de manter a gestação e realizar a entrega protegida, ou mesmo de assumir a responsabilidade da criação da criança.”

“Pelo que você me disse, parece que você não queria ter tido relação sexual. Isso também pode ser visto como violência sexual ou estupro. Se sua gravidez não for desejada, podemos te encaminhar para um serviço de aborto legal.”

Após comunicar os direitos à pessoa gestante, caso ela opte pela interrupção da gestação, é importante saber que:

Não há limite legal de idade gestacional para uma interrupção diante de permissivos legais (BRASIL, 1940). A idade gestacional somente altera o tipo de procedimento para a interrupção da gestação;

Para acessar o direito legal à interrupção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

- ✘ **não** há obrigatoriedade de Boletim de Ocorrência;
- ✘ **não** é necessária autorização judicial;
- ✘ **não** deve e nem pode ser feita a comunicação do caso à autoridade policial, sob pena de violação do sigilo médico profissional;
- ✘ **não** deve e nem pode ser compartilhada qualquer informação fornecida durante o atendimento com terceiros.

Nos Serviços de Referência em Interrupção Voluntária da Gestação serão assinados, nos casos de violência sexual, alguns documentos: Termo de Relato Circunstanciado, Parecer Técnico, Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da gravidez, Termo de Responsabilidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que em resumo versam sobre a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência, detalhes da violência e responsabilização da pessoa gestante estar falando a verdade. O profissional da APS pode preparar as pessoas para esse momento, de acordo com os protocolos dos serviços de referência, orientados pelo Ministério da Saúde.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Para entender!

Na prática, parte desses termos pode resultar na imposição de barreiras para o acesso ao aborto legal, colocando as pessoas na rota do aborto inseguro, mesmo diante de permissivos legais.

Entendemos que o atendimento ideal é aquele que parte do pressuposto de que a pessoa atendida está falando a verdade, bastando o seu relato e o termo de consentimento para a realização do aborto.

Verificar a compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual pode levar à conclusões incorretas sobre a narrativa da pessoa atendida. É preciso compreender que há situações em que a pessoa pode não ter certeza da data da violência, já que estamos falando de uma experiência traumática. No caso de, por exemplo, violência crônica, a investigação da data de compatibilidade pode resultar em uma barreira indevida ao acesso, o que coloca o profissional de saúde no lugar de alguém que duvida da pessoa gestante e não no lugar de cuidado!

Risco de morte da pessoa que gesta

Para análise do risco de morte, usamos como referência o protocolo da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO; 2021). O documento faz uma reflexão necessária sobre o reduzido acesso à interrupção da gestação por risco de morte no Brasil:

“No Brasil, apenas 1% dos abortos por razões legais é justificado por risco de morte da menina ou mulher. Esse percentual é extremamente baixo ao considerarmos a prevalência das doenças crônicas sistêmicas que configuram risco de morte materna (...)

A existência de doenças que justifiquem a interrupção precoce da gravidez se confirma pelas estatísticas da mortalidade materna que revelam altas taxas de mortes maternas indiretas, causadas por doenças existentes antes da gravidez, que podem chegar a mais de 25% das causas de óbito materno. O que acaba prevalecendo é a omissão que implica a continuidade aleatória da gravidez, podendo ou não terminar em morte materna indireta”

Segundo a FEBRASGO, as seguintes condições deveriam, quando pré existentes, garantir o acesso ao aborto legal:

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 órgãos-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%;
10. Qualquer outra patologia materna que ponha em grave risco a vida da mulher grávida ou provoque um dano grave e permanente à sua saúde, fundamentado em evidências de um comitê médico.

Cabe ao profissional de saúde comunicar as informações sobre os riscos da manutenção da gravidez para que a pessoa possa decidir livremente pela manutenção ou não da gestação.

Você sabia?

A compreensão do que significa risco de morte, assim como a compreensão dos tipos de violência sexual, não deveria ser tão restritiva no Brasil.

O correto, de acordo com os princípios da justiça reprodutiva, é que a constatação de qualquer condição ou patologia que eleve o risco de morte fosse informada à pessoa gestante, garantido acesso ao aborto legal. Nesses casos, o direito ao aborto não deveria requerer intervenção jurídica por parte dos Serviços.

Por outro lado, como essa garantia não é a realidade de interpretação da maioria dos serviços de saúde no país, pode ser necessário que a pessoa que gesta precise de auxílio judicial, através da defensoria ou ministério público, para alcançar o seu direito.

(Defensoria Pública-SP, 2018)

Nos Serviços de Referência em Interrupção Voluntária da Gestação serão assinados dois documentos: parecer médico atestando a condição de risco que justifica a interrupção e declaração da pessoa gestante sobre estar ciente dos riscos da manutenção da gravidez, concordando com a decisão do aborto.



Gestação de fetos anencéfalos

Anencefalia é a ausência total ou parcial do encéfalo. Essa é a anomalia fetal mais grave do sistema nervoso central, e trata-se de um quadro irreversível e incompatível com a vida (OBEIDI et al., 2010). O feto possui funções vegetativas e apenas um terço deles se desenvolve no útero materno até o parto a termo, mas sua expectativa de vida extrauterina é de minutos ou horas (OBEIDI et al., 2010). O diagnóstico da anencefalia pode ser feito no período pré-natal com precisão a partir da 12ª semana de gestação (FEBRASGO, 2021).

As gestações de fetos anencéfalos são consideradas de alto risco, com maiores chances de complicações durante a gestação e o parto, tais como hipertensão arterial, polihidrâmnio e gravidez prolongada, com aumentada mortalidade materna (BRASIL, 2014). É relevante, ainda, levarmos em consideração o sofrimento psíquico frente à inviabilidade do feto. Entre 2013 e 2015, as interrupções de gravidez por anencefalia fetal correspondiam a 1% dos abortos previstos em lei (FEBRASGO, 2021). Dados do Datasus nos mostram que em 2021, 389 óbitos por anencefalia aconteceram. Em 2020, foram 365. Em 2019, 453. E em 2018, 502 óbitos por anencefalia ocorreram (DATASUS, 2021). Isso mostra que uma grande quantidade de bebês com anencefalia continuam nascendo, o que revela que há obstáculos, muito provavelmente, para que mulheres e outras pessoas gestantes de fetos com anencefalia acessem o aborto legal.

Nos Serviços de Referência em Interrupção Voluntária da Gestação será necessário, para a interrupção da gravidez por anencefalia fetal: um exame de ultrassonografia com diagnóstico da anencefalia assinado por dois médicos e assinatura do Termo de consentimento da gestante.

Encaminhamento aos serviços de aborto legal

Caso a pessoa opte acessar o direito ao aborto legal, cabe ao profissional realizar o encaminhamento adequado do caso, garantindo um bom fluxo de informação entre os serviços de saúde e os profissionais envolvidos, com o intuito de realizar melhor coordenação de cuidado. Essa etapa do Passo 3 envolve

cautela e planejamento.

Para isso, o profissional deverá redigir um **encaminhamento formal com resumo da história, data da última menstruação (DUM), data da violência, idade gestacional estimada e nomeação do permissivo legal**. Vale lembrar que, embora não seja obrigatória para acesso aos serviços de aborto legal, pois qualquer pessoa poderá acessar o serviço diretamente, a realização encaminhamento é altamente recomendada, visando melhorar a coordenação de cuidado e a experiência da pessoa gestante no serviço de referência.

Cálculo de idade gestacional e data da violência sexual

Por convenção, a idade gestacional é contabilizada a partir da DUM (1º dia) e não a partir da data da violência /concepção.

Por exemplo, se uma pessoa está grávida de 10 semanas, seja contabilizada pela DUM ou pelo USG, significa que a violência ocorreu há 8 semanas e não há 10, porque ela provavelmente não engravidou durante a menstruação, mas sim cerca de 2 semanas após (período fértil), considerando um ciclo menstrual regular.

O exame de ultrassom, também, contabiliza as semanas a partir da DUM pelo mesmo motivo. É importante saber que só se considera uma ultrassonografia para contar a idade gestacional se o embrião já tiver batimento cardíaco fetal, o que ocorre em média a partir da 5ª a 6ª semana, sendo esse exame inicial o melhor para datação.

Serviços de referência

De acordo com a Lei nº 12.845 de 2013:

“Todos os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.”

(Brasil, 2013)

No entanto, em 2013, a Portaria nº 528, posteriormente substituída no ano seguinte pela Portaria nº 485/2014 (BRASIL, 2014) normatizou os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL), fazendo com que a interrupção fosse ofertada apenas por parte dos serviços de saúde.

Na cidade de São Paulo, segundo o CNES, é possível acessar o aborto legal nos seguintes serviços:

- **Hospital Municipal Carmínio Caricchio** (Bairro: Tatuapé);
- **Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha** (Bairro: Campo Limpo);
- **Hospital Municipal Maternidade Escola Mário de Moraes Altenfelder Silva** (Bairro: Vila Nova Cachoeirinha);
- **Hospital Municipal Maternidade Professor Mario Degni** (Bairro: Vila Antônio);
- **Hospital Municipal Tide Setubal** (Bairro: São Miguel Paulista).

A classificação do CNES não dá garantia da realização do procedimento, por outro lado, há serviços que não estão nesse cadastro e que realizam o aborto, como o Centro de Referência da Saúde da Mulher, localizado no Centro de São Paulo. Esse serviço, de acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares (DATASUS, 2023) é o estabelecimento que, historicamente, mais fez procedimentos no país.

Para saber mais acesse:

MAPA DO ABORTO LEGAL
mapaabortolegal.org



O que fazer em casos de negativa ou dificuldade de acesso ao serviço de aborto legal?

Se a pessoa encaminhada tiver dificuldade de acessar o procedimento ou tiver o procedimento negado por um dos estabelecimentos de saúde listados acima, ela pode procurar o atendimento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

Para este atendimento, deve agendar um horário por meio do DEFI, assistente virtual de atendimento, no site: <https://www.defensoria.sp.def.br/web/guest>.

Horário de atendimento: em dias úteis das 8 às 18 horas.

Caso haja dificuldade com o assistente virtual, é possível ligar gratuitamente para 0800 773 4340, também disponível em dias úteis, das 7 às 19 horas.

Entrega protegida

A entrega protegida é o meio pelo qual uma pessoa manifesta o desejo de entregar o filho/a para adoção. Ela é regulamentada pela Lei nº 13.509/2017.

Essa é uma alternativa que deve ser oferecida em todos os casos de gestações indesejadas. Se a pessoa que estiver grávida exprimir este desejo, a informação deverá ser levada ao conhecimento do juiz da Vara da Infância pelo profissional de saúde que a atendeu (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2016).

Atenção!

A escolha pela entrega protegida deve ser realizada livre de coerção. Em outras palavras, ela não pode ser apresentada como instrumento para convencimento da pessoa para continuar a gestação, mas apenas como uma alternativa.

Passo 4: **Atuação em casos sem permissivo legal**

Agora que foi possível entender como atuar nos casos em que o aborto é permitido por lei, resta a pergunta: o que fazer em casos em que a gestação é indesejada/não aceita, mas não se enquadram nos permissivos legais?

Nessas situações, por estarmos diante de casos com alto risco de morbimortalidade e risco, cabe ao profissional de saúde fornecer informações relacionadas à segurança e preservação da vida da pessoa gestante, o que inclui informá-la e alertá-la sobre métodos seguros e inseguros de abortamento bem como informações relativas ao modo de uso, cuidados gerais necessários, posologia e sinais de alerta, de acordo com os termos dispostos pela OMS (WHO, 2022).

De acordo com a OMS (WHO, 2022), os métodos de aborto seguro são os seguintes:

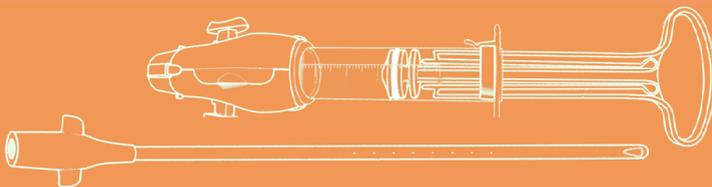
1

Aspiração Manual Intrauterina (AMIU):

é um método de aborto cirúrgico recomendado até 14 semanas. No Brasil, em razão do tamanho das cânulas, o procedimento é realizado apenas até 12 semanas de gestação.

Ele deve ser feito em ambiente ambulatorial ou cirúrgico, por profissionais da saúde (médicos/as, enfermeiros/as e obstetras).

Consiste na aspiração do conteúdo uterino através de uma seringa de vácuo acoplada a cânulas de plástico flexível e de diferentes diâmetros, a depender da idade gestacional³. Comumente, a aspiração é um procedimento simples, que não demanda internação prolongada, podendo a pessoa receber



³ Método de aspiração manual intrauterina - AMIU: quando e como fazer. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/29835/MÉTODO%20DE%20ASPIRAÇÃO%20MANUAL%20INTRAUTERINA%20-%20AMIU_QUANDO%20E%20COMO%20FAZER.pdf?sessionid=B3E79E0BD3AB18F659A8E79E7846627C?sequence=2. Acesso em 5.9.2023.

Aborto medicamentoso:

realizado com o uso de misoprostol e, se disponível, associado a mifepristona.

Recomendado até 12 semanas de gestação, sendo o aborto domiciliar recomendado apenas até as 10 semanas. Após esse período, o ideal é que a pessoa tenha acompanhamento de um/a profissional da saúde.

O que é a mifepristona ?	O que é o misoprostol ?
 <p>É uma medicação antiprogéstágena que age no corpo bloqueando a produção de progesterona, hormônio indispensável para a continuidade da gestação.</p>	 <p>É um medicamento hormonal que produz contrações uterinas e dilatação do colo do útero.</p>

As dosagens recomendadas são as seguintes:

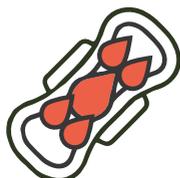
Com mifepristona e misoprostol	Somente com misoprostol
<ul style="list-style-type: none"> • 1 comprimido de mifepristona via oral • Depois de 24 a 36h: 4 comprimidos de misoprostol por via sublingual. • Aguardar 3h e, se não houver dor forte ou sangramento: 4 comprimidos via sublingual. <p>É possível repetir o procedimento após uma semana, por até três vezes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4 comprimidos de misoprostol por via sublingual. • Aguardar 3h e, se não houver dor forte ou sangramento: 4 comprimidos via sublingual. <p>É possível repetir o procedimento após uma semana, por até três vezes.</p>

Para além de fornecer informações sobre os métodos de abortamento, é importante explicar para a pessoa como funciona o procedimento:

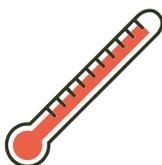
Sinais e sintomas comuns



Náuseas e vômitos, dores abdominais, diarreia;



Sangramento semelhante ou mais intenso do que o de uma menstruação abundante, podendo apresentar coágulos grandes;



Febre nas primeiras 24h do uso da medicação.

Medidas de conforto e alívio de sintomas

- Ambiente: realizar o procedimento em local seguro, limpo, onde se sinta bem, acompanhada de alguém de confiança;
- Alimentação e hidratação: fazer uma refeição leve e manter-se hidratada;
- Alívio de dores abdominais (cólicas): aplicar compressas mornas abdominais, tomar banho quente, usar técnicas de relaxamento (como respirar profundamente e/ou ouvir músicas relaxantes);
- Diarreia: manter hidratação;
- Náuseas e vômitos: tomar um remédio anti náuseas;
- Febre: aplicar compressas frias e/ou tomar um antitérmico (como paracetamol ou dipirona).

Sinais de alerta para a busca de atendimento de saúde

- Hemorragia: quatro absorventes ficarem completamente encharcados no período de 2 horas;
- Sangramento persistente: por duas semanas ou mais após o uso do Misoprostol;
- Sinais de choque: sangramento constante por dias, acompanhado de tonturas, sensação de desmaio, vertigens, sonolência ou hipotensão;
- Dor intensa: em baixo ventre, que não melhora com os métodos de alívio indicados;
- Sinais de infecção: febre por mais de 24h e/ou corrimento vaginal com odor fétido.

Além disso, devemos:

- Ressaltar que a pessoa, independente da sua escolha, deve sempre optar por procedimentos seguros, recomendados pela OMS, com a finalidade de redução da morbimortalidade;
- Oferecer um espaço de retorno para esclarecimentos de novas dúvidas e/ou escuta sobre a tomada de decisão da pessoa gestante.

O Passo 5 desta cartilha abordará esses aspectos.





Passo 5: **Seguimento do caso**

A consulta de seguimento tem como objetivo acompanhar a pessoa que estava com uma gestação indesejada, independente do desfecho ocorrido. A pessoa que estava gestante pode:

- Ter abortado e, agora, deseja falar sobre isso
- Ter mudado de ideia e, agora, deseja seguir com a gestação
- Ter mantido a gestação, mas quer saber mais sobre entrega protegida
- Estar ambivalente e precisa de nova escuta, atualizando os riscos e benefícios a depender da idade gestacional

Caso a pessoa tenha abortado, é necessário:

- Checar se a pessoa precisa de apoio psicológico ou social
- Realizar prevenção de abortos de repetição, oferecendo contracepção e novas orientações
- Checar se o abortamento foi completo ou se há risco de aborto incompleto e necessidade de encaminhamento para hospital
- Reforçar o vínculo

Para isso, sugerimos que nessa consulta o profissional:

1. Reforce que todas as informações fornecidas na consulta são sigilosas. Falaremos um pouco mais sobre sigilo profissional adiante;
2. Esclareça eventuais dúvidas;
3. Ofereça apoio médico, social e psicológico, se necessário;
4. Ofereça todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, considerando os critérios e elegibilidade da OMS (WHO, 2015), esclarecendo dúvidas quanto aos efeitos colaterais e riscos de cada método, além de taxas de eficácia e falha.

Particularidades do atendimento de adolescentes

<p>Adolescentes entre 12 e 18 podem ser atendidas sozinhas?</p>	<p>Sim. Adolescentes têm direito à privacidade, com garantia de sigilo e reconhecimento de autonomia e individualidade. (BRASIL, 2013)</p>
<p>Posso informar sobre a gestação e sobre o direito ao aborto legal para a adolescente sozinha? Ou preciso chamar os responsáveis legais?</p>	<p>Pode, considerando que o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) reconhece os direitos básicos de acesso à informação e ao atendimento à saúde com garantia de privacidade.</p> <p>No caso de violência sexual, no entanto, é obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Adolescência.</p> <p>A comunicação sobre a situação de saúde aos pais ou responsáveis deve ser encorajada, desde que haja segurança de que essa comunicação não acarrete mais violações de direitos ou situações de insegurança. (BRASIL, 2010)</p>
<p>Gestações em menores de 14 anos sempre são compreendidas como decorrentes de estupro, mesmo se for com outro menor de idade?</p>	<p>Sim, de acordo com o art. 217-A do Código Penal (BRASIL, 1940) toda relação sexual realizada com uma pessoa com menos de 14 anos é considerada estupro de vulnerável.</p> <p>Por conta disso, toda pessoa gestante com menos de 14 anos possui direito ao aborto legal.</p>

<p>Em caso de adolescentes com até 16 anos, pode-se realizar o aborto legal sem consentimento dos responsáveis?</p>	<p>Não. A assinatura do responsável legal é necessária.</p> <p>Em caso de divergência entre a decisão da criança ou adolescente e de seus responsáveis, o profissional da saúde deve</p> <ul style="list-style-type: none">• Respeitar o direito de escolha da criança ou adolescente e não realizar nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha a sua vontade e• Acionar o Ministério Público para atuar no caso e apoiar na resolução do conflito.
<p>E adolescentes entre 16 e 18 anos, há alguma diferença?</p>	<p>Nesse caso, a adolescente e o responsável legal devem assinar conjuntamente o termo de consentimento. Em caso de divergência entre a decisão da adolescente e de seus responsáveis, o profissional da saúde deve</p> <ul style="list-style-type: none">• Respeitar o direito de escolha da adolescente e não realizar nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha a sua vontade: e• Acionar o Ministério Público para atuar no caso e apoiar na resolução do conflito.

Dúvidas frequentes

Sabemos que, mesmo entendendo o dever profissional de garantir o acesso à informação, algumas perguntas jurídicas permeiam constantemente os atendimentos. A seguir, listamos algumas questões importantes que podem oferecer amparo jurídico para a sua atuação enquanto profissional da saúde:

1) É legalmente possível atuar em redução de danos ao abortamento inseguro?

Claro! A Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), também conhecida como a Lei do Sistema Único de Saúde, prevê que é dever do Estado promover políticas que “visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”.

Como já explicamos, a redução danos é uma estratégia que visa proteger a saúde, integridade física e psíquica e autonomia de mulheres e pessoas que gestam, garantindo seu acolhimento, acesso à informação e ao aborto previsto em lei em casos de gestações indesejadas. Todos esses direitos estão garantidos na Constituição Federal ou em outras legislações.

Além da Lei do SUS, a Lei nº 9.263/1996 (BRASIL, 1996), também conhecida como Lei do Planejamento Familiar, dispõe que o planejamento familiar envolve a “garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”.

Nesse mesmo sentido, o Código de Ética Médica (CFM, 2019) veda que o/a médico/a 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), questões basilares da estratégia de redução de danos.

Por isso, reduzir danos não é apenas permitido, é um dever de todo/a profissional da saúde!

2) Eu posso ser responsabilizada/o criminalmente pelas informações fornecidas durante o atendimento?

Não. A redução de danos é uma forma de garantir a proteção à saúde, integridade física e psíquica, autonomia, intimidade e dignidade de mulheres e pessoas que gestam. Ela garante que,

diante de uma gestação indesejada, as pessoas possam ter acesso à informação adequada para agir de acordo com os seus desejos, sem causar dano a si e a outros.

Fornecer informações respaldadas pela OMS não tem por objetivo incitar a prática de abortos, mas sim garantir que a pessoa atendida está informada sobre seus direitos e entende as alternativas existentes e os riscos à sua saúde decorrentes da sua escolha.

3) O compartilhamento de informações pode ser entendido como incitação ou apologia ao crime?

Não. Incitar publicamente a prática de crime (artigo 286 do Código Penal) significa incentivar ou encorajar um número indeterminado de pessoas a praticar determinado crime. Fazer publicamente apologia de fato criminoso ou de autor de crime (artigo 287 do Código Penal) implica elogiar, exaltar ou enaltecer um crime concreto que já ocorreu, ou alguém que o praticou. (NEM PRESA NEM MORTA; PORTAL CATARINAS, 2023).

A redução de danos, por outro lado, consiste no fornecimento de acolhimento e informações adequadas a uma pessoa que busca um serviço de saúde quando vivencia uma gestação indesejada.

As informações compartilhadas em atendimento visam somente reduzir riscos de saúde quando já verificada a situação de gravidez indesejada e inclinação para a adoção de condutas de risco, sem jamais intervir ou incentivar qualquer prática criminosa. Essas informações abrangem não somente o procedimento de aborto, mas também outras alternativas à interrupção da gestação e formas de prevenção de novas gestações não planejadas.

Assim, não há na estratégia de redução de danos um elemento central para a configuração da prática de incitação, que seria a intenção de incentivar o cometimento de um crime. Nesse mesmo sentido, também não pode ser configurada a prática de apologia, considerando que não há dano neste tipo de atendimento exaltação, elogio ou enaltecimento de conduta criminosa.

4) Eu posso falar sobre todos os métodos de aborto seguro durante o atendimento, incluindo as doses do misoprostol e mifepristona?

Sim. Informações sobre métodos de aborto seguro são públicas e difundidas pela OMS e o seu compartilhamento durante o encontro

com a pessoa gestante tem objetivo meramente informativo.

Expor recomendações científicas com relação ao procedimento de aborto, os riscos e benefícios dos métodos existentes em um atendimento em saúde não é vedado pela lei, uma vez que todas as informações são compartilhadas de forma imparcial, com o objetivo de garantir a liberdade de escolha da pessoa atendida e impedir a busca por procedimentos inseguros.

Conforme já apontado, o compartilhamento dessas informações é dever do/a profissional, já que o Código de Ética Médica (CFM, 2019) estabelece que o/a médico/a não pode omitir informações que podem causar dano à saúde da pessoa atendida (Capítulo III, Art. 1º).

5) Eu posso compartilhar qualquer informação fornecida durante os meus atendimentos com terceiros?

De forma alguma! Todas as informações compartilhadas em decorrência do exercício da profissão médica são protegidas pelo sigilo profissional.

O sigilo médico profissional garante os direitos à confidencialidade e à privacidade da pessoa atendida. A garantia de que as informações fornecidas durante um atendimento não será revelada contribui para a construção de uma relação de confiança, permitindo uma melhor oferta de cuidado em saúde.

Por conta disso, o Código de Ética Médica (CFM, 2019), determina em seu art. 73-C que é vedado ao/a médico/a revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão.

Nesse mesmo sentido, o Código Penal (BRASIL, 1940) em seu art. 54 estabelece que a quebra do sigilo profissional pode acarretar em responsabilização criminal.

Você sabia?

Mesmo nos casos em que o/a profissional da saúde é intimado/a para prestar depoimento como testemunha em um processo judicial, caso não haja consentimento da pessoa atendida, nenhuma informação deverá ser compartilhada. Nessas situações, o/a profissional deverá declarar seu impedimento, conforme determinado no art. 73 do Código de Ética Médica (CFM, 2019).

6) Como devo fazer o registro desse atendimento no prontuário médico?

O registro do prontuário médico deve ser realizado conforme determina o Código de Ética Médica: são registrados apenas os dados clínicos necessários para a boa condução do caso.

Por conta disso, não é necessário registrar se o aborto foi espontâneo ou induzido e as razões pessoais que levaram à interrupção da gestação, a menos que seja relevante para direcionar o cuidado em saúde ofertado.

7) No prontuário estão dispostas as informações sobre o atendimento. Esse documento pode ser compartilhado?

O prontuário médico, assim como os demais documentos que contêm informações sobre a pessoa atendida, é protegido pelo sigilo médico, nos termos do art. 85 Código de Ética Médica (CFM, 2019).

Por conta disso, é vedado ao/à profissional da saúde compartilhar esse documento com terceiros. Mesmo que a justiça solicite o prontuário, se não houver consentimento da pessoa atendida, o serviço de saúde deve recusar a entrega.

O compartilhamento do prontuário sem autorização pode acarretar na responsabilização criminal do/a profissional, nos termos do art. 154 do Código Penal.

8) Eu posso ou devo acionar a autoridade policial após algum tipo de atendimento?

Em nenhuma hipótese é permitido o acionamento da autoridade policial a partir de informações fornecidas em um atendimento médico, em razão do sigilo médico profissional.

O papel do/a profissional de saúde é extremamente distinto daquele exercido por agentes policiais ou promotores de justiça: sua tarefa é promover o cuidado das pessoas e não conduzir investigações ou contribuir para uma condenação criminal.

Você sabia?

O Código de Ética Médica (CFM, 2019) estabelece que, no curso de uma investigação de suspeita de crime, o/a médico/a está impedido de revelar segredo que possa expor o/a paciente a processo penal.

Todas as provas obtidas em decorrência da quebra de sigilo médico são consideradas nulas, uma vez que foram obtidas de maneira ilícita ou ilegal, e não podem ser utilizadas para justificar uma eventual condenação.



Referências bibliográficas

ANIS INSTITUTO DE BIOÉTICA; GLOBAL DOCTORS FOR CHOICE BRASIL; NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE AGRESSÃO SEXUAL (NUAVIDAS). Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde. Brasília: Letras Livres, 2021. 40 p. Disponível em: <https://anis.org.br/publicacoes/aborto-legal-via-telessaude-orientacoes-para-servicos-de-saude-2021/>. Acesso em: 7 set. 2023.

ANIS INSTITUTO DE BIOÉTICA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar. Brasília: Letras Livres, 2021. 64 p. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/CARTILHA_FINAL-Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf. Acesso em: 8 set. 2023.

BEARAK, Jonathan 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, England*, v. 8, n. 9, p. e1152–e1161, 2020.

NEM PRESA NEM MORTA; PORTAL CATARINAS. Boas praticas de cobertura feminista sobre aborto no Brasil, 2023. Disponível em: https://catarinas.info/wp-content/uploads/2023/04/Guia_Boas_praticas_de_cobertura_feminista_sobre_aborto_no_-Brasil.pdf. Acesso em: 28 set. 2023.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. DA S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, n. suppl 1, 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 28.1.989, de 14 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 2012. Acesso em 7 set. 2023. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-1989_2012_CFM.pdf.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990.

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. Brasília, 1996.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL, Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1o da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei n. 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lei/12845compilado.htm. Acesso em 13 maio 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Tabnet: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em 12 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 9 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRIOZZO, L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, [s. l.], v. 95, n. 2, p. 221–226, 2006.

Católicas pelo Direito de Decidir. Justiça Reprodutiva e Religião. Disponível em: https://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2023/07/JUSTICA-REPRODUTIVA-E-RELIGIAO_versao-digital.pdf. Acesso em: 27 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index6/?numero=24&edicao=4631>. Acesso em: 7 set. 2023.

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. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f43302ac-e96a-1b2b-daec-d1a6c48b1e9>. Acesso em 12/09/2023.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Direitos reprodutivos: “Aborto Legal”, 2018. Disponível em [https://www2.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20\(5\).pdf](https://www2.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20(5).pdf). Acesso em 11/09/2023.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. National Abortion Survey – Brazil, 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 1601–1606, 2023.

DINIZ, D. et al. Aborto e raça no Brasil, 2016 a 2021. *Cien Saude Colet* [online], v. 28, n. 9, set. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/aborto-e-raca-no-brasil-2016-a-2021/18886>. Acesso em: 29 set. 2023.

DIRETRIZES, E. Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Protocolo FEBRASGO Ginecologia, n. 69/Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei.

Ganatra, B.; Gerdtts, C.; Rossier, C.; Johnson, B. R.; Tunçalp, Ö.; Assifi, A.; Sedgh, G.; Singh, S.; Bankole, A.; Popinchalk, A.; Bearak, J. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, v. 390, n. 10110, p. 2372–2381, Nov 25, 2017.

GIUGLIANI, Camila et al. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Rio de Janeiro. vol. 14, n. 41 (jan./dez. 2019), 1791, 13 f., [s. l.], 2019.

GOES EF, Menezes G, Almeida MD, Araújo TV, Alves SV, Alves MT, Aquino EM. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020 Feb 10;36.

HARDY, Ellen; ALVES, Graciana. Factors associated with complications following induced abortion. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 8, p. 454–458, 1992.

HAWK, Mary et al. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm reduction journal*, [s. l.], v. 14, p. 1–9, 2017.

MAPA ABORTO LEGAL. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/>. Acesso em 11 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 12 set. 2023.

OBEIDI, Nidaa et al. The natural history of anencephaly. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis*, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 357–360, 2010.

RAYMOND EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2 Pt 1):215–9. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823fe923. PMID: 22270271.

ROSS, L. J. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls*, v. 19, n. 3, p. 286–314, 3 jul. 2017.

SINGH, S. et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal. Disponível em: www.guttmacher.org. Acesso: 27 set. 2023.

TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ NA ATENÇÃO BÁSICA: GUIA TÉCNICO. 1a edição ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

WILSON, Laura C; MILLER, Katherine E. Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma, Violence, & Abuse*, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 149–159, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Abortion care guideline. [s. l.], 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. [s. l.], 2015.

Esta é uma publicação do:



**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE

Rua Bartolomeu Zunega, 44 - Pinheiros

CEP: 05426-020 - São Paulo/SP

Telefone: (11) 3812-8681

www.mulheresorg.com.br

mulheresorg@gmail.com

Instagram: @coletivo_feminista

Em parceria com:



CATÓLICAS
PELO DIREITO DE DECIDIR

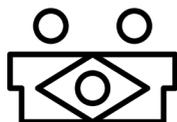
CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR

www.catolicas.org.br

Instagram: @ascatolicas

Apoio:

BrazilFoundation e Fundação Ríos River



BrazilFoundation



**RÍOS
RIVERS**

SHAPING LEGAL LANDSCAPES FOR SOCIAL JUSTICE



www.mulheres.org.br



comunicacao@mulheres.org.br



[@coletivo_feminista](https://www.instagram.com/coletivo_feminista)



[@col_feminista](https://twitter.com/col_feminista)



[@ColetivoFeminista](https://www.facebook.com/ColetivoFeminista)

ISBN: 978-85-88039-06-3



9 788588 039063

