



MINISTÉRIO DA SAÚDE

# ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

Ouvidoria do SUS  
136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

**Norma Técnica**



Ministério da  
Saúde



Editora MS  
Brasília - DF  
2011

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 fim 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](mailto:www.saude.mulher@saude.gov.br)

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

*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 2ª Edição:*

Avelar de Holanda Barbosa

Cláudia Araújo de Lima

Daniela Gontijo

Jefferson 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](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Colaboração 1ª Edição:*

Eleonora Menecucci de Oliveira

Fátima Oliveira

Jacira Melo

Jefferson Drezett Ferreira

José Henrique Torres

Juliana Monti Maifrino

Miriam Ventura

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Valéria Pandjarian

*Elaboração 2ª Edição:*

Ministério da Saúde

*Equipe editorial:*

Normalização: Adenilson Félix

Revisão: Khamila Silva e Mara Soares Pamplona

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

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

Catálogo 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

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO..</b>	<b>15</b>
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 profissional.....	19
<b>3 ACOLHER E ORIENTAR</b> .....	<b>23</b>
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 profissionais 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
<b>4 ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO .....</b>	<b>29</b>
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
<b>5 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO .....</b>	<b>41</b>
5.1 ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO .....	41
5.2 OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS .....	42
5.3 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL.....	43
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>
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 profissionais 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 indelévels 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 profissionais 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 qualificada 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 intersectorial, 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 profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz, qualificada 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 intrincada 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 dificuldade de acesso a informação e direitos humanos, a insalubridade, dentre outros – fazem com que o abortamento inseguro atinja e sacrifique, 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, dificuldades 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, dificultando o cálculo da sua magnitude. Independente dessa dificuldade, 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 insuficientes, 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 profissionais 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, especificamente 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 subnotificação dos óbitos por aborto, tem sido observada, nas últimas décadas, uma tendência de declínio da taxa de mortalidade por essa causa no Brasil. Entretanto, verifica-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; RECI-FE, 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 aborto 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 aborto 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 aborto.

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 aborto 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 aborto. 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 reflitam 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 reflexão 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 afirmados 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 definem 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, eficientes 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 profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido 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 científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Art. 226, § 7º). A Lei nº 9.263/96 o define 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 profissionais 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. 3º, 4º, 5º, 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 Profissional

### Do sigilo profissional

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional 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-profissional 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 profissão, 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 profissional 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 profissional. Entretanto, a revelação do fato também pode lhe acarretar prejuízos ainda mais graves, como o seu afastamento do serviço de saúde e perda da confiança nos profissionais que a assistem. A decisão, qualquer que seja, deve estar justificada 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) profissional 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, profissionais 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) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional 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 profissionais 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) profissional 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 definido 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 profissional certifique-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 conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional 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 refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, 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 profissional, muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica.

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional 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 refletir a qualidade da relação profissional de saúde/ usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais 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 profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional. 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 especificidades 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 significados 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 oficinas 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 profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão, respeitando-a.

### 3.4 ESCUTA QUALIFICADA

Todos os profissionais 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 confiança.

#### 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 autoconfiança.
- Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas.
- Identificar 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 confidencialidade das informações.
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando às mulheres sobre as intervenções necessárias.

### 3.4.2 Para os profissionais 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.
- Identificar 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 20<sup>a</sup> ou 22<sup>a</sup> 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 classificação sanguínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV.

Os abortamentos podem ser classificados 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