

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

4.1.4 Abortamento retido

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

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

4.1.5 Abortamento infectado

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

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

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

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

4.1.6 Abortamento habitual

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

4.1.7 Abortamento eletivo previsto em lei

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

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

4.2 ESCOLHENDO AS TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO

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

Recomenda-se que os serviços de saúde elaborem normas ou rotinas internas, incluindo-se fluxogramas e procedimentos, com a finalidade de enfatizar e promover o compromisso dos profissionais e da instituição. A normatização deve considerar as capacidades e habilidades específicas de cada serviço. A equipe multidisciplinar deve dispor de um espaço específico para a avaliação e o monitoramento do serviço e da qualidade da assistência, incluindo a discussão de questões éticas.

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

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

Deve-se adotar critérios que considerem e respeitem:

- 1) a disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;
- 2) a capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método;
- 3) as condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

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

4.2.1 Abortamento farmacológico

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Misoprostol

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

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

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

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

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

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

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

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

Observação: Se necessário repetir após 24 horas

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

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

INDUÇÃO DO PARTO COM FETO VIVO

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

AMOLECIMENTO DE COLO UTERINO PRÉVIO A AMIU OU CURETAGEM

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

CONTRAINDICAÇÕES DO USO DE MISOPROSTOL

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

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

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

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

4.2.3 Aspiração Manual Intrauterina (Amiu)

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

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

4.2.4 Curetagem uterina

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

4.3 ALÍVIO DA DOR

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

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

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

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

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

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

5 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO

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

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

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

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

5.1 ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

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

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

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

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

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

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

5.2 OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

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

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

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

5.3 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

ALEXANDER, S. Maternal health outcomes in Europe. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 111, p. 578-87, 2003.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS

Anexo A

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

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

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

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

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

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

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

RESOLVE:

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

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

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

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

- I - local, dia e hora aproximada do fato;
- II - tipo e forma de violência;
- III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e
- IV - identificação de testemunhas, se houver.

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

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

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

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

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

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

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

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;

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

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e

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

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

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

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

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

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

SARAIVA FELIPE

Anexo B

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)**TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO**

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____ às _____, no endereço _____ (ou proximidades – indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

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

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

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

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

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

É o que tenho/temos a relatar

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

Anexo C

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico
(assinatura e carimbo)

Anexo D

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

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

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

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Anexo E

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

Anexo F

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo _____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço-o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida(os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

Testemunha
Nome, identificação e assinatura

Testemunha
Nome, identificação e assinatura

Anexo G

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente							9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Realizado 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (artigo ginásio ou 1º grau) 5-Escola médio incompleta (artigo colégio ou 2º grau) 6-Escola médio completa (artigo colégio ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)				Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência				27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)				
	31 Ocupação								
Dados da Pessoa Afetada	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
	34 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1-Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Síndromes		1-Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado				
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		Código (IBGE)		38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)				Código		
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3		44 Geo campo 4		
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado				49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
					50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

Tipo de violência	51 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			52 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. pênturo-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Outro
Consequências da violência	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Tentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Lesão	55 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental
Dados do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático	<input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio
	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros
Encaminhamento	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura		
Evolução e encaminhamento	02 - Corte/perfuração/laceração	05 - Amputação	08 - Politraumatismo	11 - Outros		
	03 - Entorse/luxação	06 - Traumatismo dentário	09 - Intoxicação	88 - Não se aplica		
Informações complementares e observações	59 Número de envolvidos			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	1 - Um	2 - Dois ou mais	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos
Dados do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a) da lei	<input type="checkbox"/> Policial/agente	62 Suspeita de uso de álcool	
	<input type="checkbox"/> Padrasto	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa	1 - Masculino	1 - Sim
Evolução e encaminhamento	<input type="checkbox"/> Madrasa	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe	<input type="checkbox"/> Outros	2 - Feminino	2 - Não
	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		3 - Ambos os sexos	9 - Ignorado
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	1 - Encaminhamento ambulatorial	2 - Internação hospitalar	8 - Não se aplica	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM
Evolução e encaminhamento	<input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude	<input type="checkbox"/> Delegacia de Prof. da Criança e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS	<input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Programa Sentinela	<input type="checkbox"/> Ministério Público				
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	
	68 Classificação final	69 Evolução do caso	70 Se obito por violência, data	71 Data de encerramento		
Evolução e encaminhamento	1 - Confirmado	1 - Alta	3 - Obito por Violência			
	2 - Descartado	2 - Evasão / Fuga	4 - Obito por outras causas			
Evolução e encaminhamento	3 - Provável	9 - Ignorado				
	8 - Inconclusivo					
Evolução e encaminhamento	Informações complementares e observações					
	Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone	
Evolução e encaminhamento	Observações Adicionais:					
Evolução e encaminhamento	Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES			
Evolução e encaminhamento	Nome		Função		Assinatura	
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008	



MINISTÉRIO DA SAÚDE

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

Ouvidoria do SUS
136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Norma Técnica



Ministério da
Saúde




Brasília – DF
2011