

91. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
92. Ho PC, Chan YF, Lau W. Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception*, 1996, 53:281–283.
93. Gemzell-Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost – the clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2000, 79:702–706.
94. Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception*, 2001, 64:29–32.
95. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
96. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio-De-Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1993, 341:1258–1261.
97. Faundes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
98. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181.
99. Thong KJ, Robertson AJ, Baird DT. A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16,16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins*, 1992, 44:65–74.
100. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:162–166.
101. Powell HR, Ekert H. Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia*, 1971, 2:1076–1077.
102. Diniz E et al. Efietos sobre o concepto do metotrexato (ametofterina) administrado à mae. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clinicas, Faculdade de Medicina à Universidade de Sao Paulo*, 1978, 33:286–290.
103. Feldkamp M, Carey JC. Clinical teratology counseling and consultation case-report – low-dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology*, 1993, 47:533–539.
104. *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
105. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993.
106. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
107. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456–462.
108. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862–1869.
109. *FDA public health advisory; sepsis and medical abortion*. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010.
110. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal Clostridium-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459–457.
111. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during 1st-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161:406–408.
112. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117–1123.
113. *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997.

114. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillières Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391–405.
115. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648–653.
116. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25–28.
117. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252–263.
118. Lurie S et al. The influence of midtrimester termination of pregnancy on subsequent fertility: four to five years follow-up. *Contraception*, 1994, 50:239–241.
119. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007–1016.
120. Melbye M et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336:81–85.
121. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic-abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578–585.
122. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863–890.
123. World Health Organization. Standard precautions in health care. *WHO Infection Control*, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).
124. WHO guidelines on hand hygiene and health care. *First global patient safety challenge, clean care is safer care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011).
125. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 2002, 2:4.
126. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. *Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACT433.pdf, accessed 1 September 2011).
127. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. *Family planning: a global handbook for providers*. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
128. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143–148.
129. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109:1286–1294.
130. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260–265.
131. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1168–1173.
132. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
133. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 1998, 352:323.

CAPÍTULO 3

Planejamento e gestão da atenção para um abortamento seguro

Resumo

O planejamento e gestão da atenção para um abortamento legal e seguro exige que sejam levadas em consideração diferentes questões do sistema de saúde. Estas questões se aplicam tanto para serviços públicos, privados ou sem fins de lucro. Na maior parte dos casos, adaptações menores dos recursos já existentes, aquisição mínima de equipamentos e medicamentos adicionais ou treinamento básico podem permitir que esses serviços sejam prestados em lugares onde previamente não existiam ou melhorar a qualidade, segurança, eficiência e capacidade dos já existentes. O estabelecimento ou o fortalecimento dos serviços já existentes deve basear-se em um planejamento minucioso, abrangendo os seguintes princípios e recomendações, gerados a partir de revisões da bibliografia científica pertinente, e nos recentes processos de consultas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (indicados mediante "links" às publicações "on-line").

- *Estabelecimento de normas e padrões nacionais* que facilitem o acesso e a prestação de serviços de abortamento seguro com toda a proteção da lei. As normas e os padrões devem abranger: tipos de serviço de abortamento, onde e quem pode fornecê-los; equipamento, instrumentos, medicamentos, suprimentos e capacidade das instalações essenciais; mecanismos de referência; respeito pela decisão livre e informada da mulher, baseada na sua autonomia, confidencialidade e privacidade, com atenção às necessidades especiais das adolescentes; providências especiais para as mulheres vítimas de estupro e objeções por razões de consciência dos profissionais de saúde.
- *Assegurar as capacidades e o bom desempenho dos profissionais de saúde* através de: treinamento; supervisão útil e de apoio; monitoramento, avaliação e outros processos de aprimoramento da qualidade. A capacitação deve estar baseada no desenvolvimento de destrezas práticas e deve abordar atitudes dos profissionais de saúde e questões éticas em relação à realização do abortamento induzido em condições seguras. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf). A supervisão e a avaliação incluem a coleta rotineira de dados estatísticos do serviço e dos indicadores de abortamento seguro, o uso de listas de controle, pesquisas periódicas específicas e mecanismos de retroalimentação para garantir a melhoria da qualidade (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/em/index.html>).
- *Financiamento*: o orçamento do serviço de saúde deverá incluir os salários dos profissionais, programas de treinamento, equipamento, medicamentos, suprimentos e custos de capital. Deve-se levar em consideração, ainda, que estes serviços devem ser economicamente acessíveis às mulheres que deles necessitarem. O custo de acrescentar serviços de abortamento seguro aos serviços de saúde já existentes são, em geral, inexpressivos se comparados aos custos gerados pelos abortamentos inseguros para o sistema de saúde, sem contar o benefício que acarretam para a saúde da mulher (<http://screening.iarc.fr/doc/policybrief1.pdf>).
- *Um enfoque sistemático para o desenvolvimento de políticas e programas*: implica planejar e implementar políticas e programas visando ao

resultado final: promover a saúde das mulheres e seus direitos humanos. Envolve a avaliação da situação atual; a introdução de intervenções e a comprovação da viabilidade, aceitabilidade e eficácia das mesmas a uma escala pequena para, em seguida, adaptar as intervenções bem-sucedidas a uma escala maior fazendo com que os benefícios possam ter um impacto mais amplo no desempenho do sistema de saúde, na saúde e no bem-estar das mulheres, suas famílias e comunidades (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/em/index.html).

3.1 Introdução

Este capítulo expõe as considerações para estabelecer ou fortalecer serviços de atenção para o abortamento seguro. Destaca os componentes chave da atenção para o abortamento em condições seguras bem como o processo de estabelecer políticas, programas e serviços, que incluam questões como a avaliação de necessidades e prioridades, a introdução de intervenções a uma escala pequena, replicando as intervenções bem-sucedidas a uma escala maior para obtenção de um impacto mais amplo.

Os responsáveis pela elaboração de políticas e os diretores de centros de saúde que trabalham para oferecer serviços de saúde reprodutiva sempre devem garantir que a atenção para o abortamento seguro seja facilmente acessível e esteja disponível com todo o amparo da lei. Mulheres de todos os países têm abortamentos induzidos. Os abortamentos são seguros nos locais onde os serviços legais são facilmente acessíveis, estando disponíveis sem restrições, ao passo que onde o acesso e a disponibilidade dos serviços legais encontram-se muito restritos, os abortamentos tendem a ser inseguros (1, 2). As leis e os serviços de abortamento devem proteger a saúde e os direitos humanos de todas as mulheres, entre elas, as adolescentes. Não devem ser geradas situações constrangedoras que levem as mulheres e adolescentes a procurarem um abortamento inseguro. De fato, a maioria dos países tem uma ou mais indicações legais para proporcionar serviços de abortamento seguro. Entretanto, em países com leis muito restritivas, os serviços podem ver-se limitados, em grande parte,

ao tratamento das complicações decorrentes do abortamento inseguro. O referido tratamento chama-se normalmente “atendimento pós-abortamento”. O tratamento emergencial das complicações pós-abortamento é fundamental para diminuir as mortes e as lesões decorrentes do abortamento inseguro, mas não pode substituir a proteção da saúde das mulheres e os direitos humanos que o abortamento induzido oferece, com amparo legal e sem riscos.

3.2 Rede de serviços

Os serviços de abortamento devem estar integrados ao sistema de saúde, seja como serviços públicos ou através de serviços sem fins de lucro, financiados com fundos públicos, para que lhes seja reconhecida a condição de serviços de saúde legítimos e para proteger as mulheres e os profissionais de saúde do preconceito e a discriminação.

A rede de serviços sempre deve incluir, no mínimo:

- informação médica precisa sobre o abortamento de forma que a mulher possa entender e lembrar, bem como aconselhamento não tendencioso, se a mulher assim o solicitar, para facilitar a tomada de decisão informada; serviços de abortamento providenciados sem demora;
- tratamento oportuno caso haja complicações decorrentes do abortamento, incluídas as complicações do abortamento inseguro;
- informação sobre contraceptivos, serviços e encaminhamentos, para ajudar a evitar uma nova gravidez indesejada e minimizar a necessidade de outro abortamento.

O acesso ao abortamento seguro não depende apenas da disponibilidade dos serviços, mas também da forma como os mesmos são prestados e do tratamento dado às mulheres dentro do contexto clínico. Os serviços devem ser fornecidos respeitando a dignidade da mulher, garantindo seu direito à privacidade e sendo sensível a suas necessidades e perspectivas. As adolescentes, mulheres de baixos recursos, e outras mulheres vulneráveis e marginalizadas devem ser acolhidas, prestando-se especial atenção a suas necessidades específicas.

3.3 Normas e padrões baseados em evidências

Em muitos países não existem as normas e padrões sobre a base da evidência para prestação de serviços de abortamento, incluindo o tratamento das complicações dele decorrentes. Os padrões para prestação de serviços de abortamento fazem referência aos princípios subjacentes e requisitos essenciais visando a um acesso equitativo a serviços de abortamento de qualidade, de acordo com os preceitos da lei. As normas para serviços de abortamento são as recomendações, por refletirem a evidência da melhor prática, para a atenção do abortamento seguro. Nos países onde já existem as normas e os padrões, os cuidados de rotina e as atualizações garantem que se continue promovendo o bem-estar físico, mental e social das mulheres, além de refletir nova evidência das melhores práticas. As normas e os padrões devem ser desenvolvidos e atualizados visando a eliminar as barreiras para obtenção do melhor padrão possível em saúde sexual e reprodutiva.

3.3.1 Tipos de serviços de abortamento, onde e quem pode fornecê-los

A disponibilidade de instalações e profissionais capacitados disponíveis para toda a população revela-se essencial para garantir o acesso a serviços de abortamento sem riscos. A regulamentação dos profissionais e das instalações deve estar baseada na evidência das melhores práticas, visando a garantir a segurança, boa qualidade e acessibilidade aos serviços. As instalações onde se pratica o abortamento, tanto no setor público como no privado, devem ser disponibilizadas em todos os níveis do sistema de saúde, com mecanismos de transferência adequados entre as instalações.

Qualquer profissional capacitado apropriadamente pode proporcionar serviço de abortamento seguro, incluídos os profissionais de nível médio (isto é, profissionais de saúde que não sejam médicos) (3-5, 6). O termo "profissionais de saúde de nível médio" no contexto deste documento faz referência a uma série de clínicos não médicos (por exemplo, parteiras, enfermeiras, enfermeiras-obstetras, auxiliares de enfermagem, funcionários clínicos, assistentes

médicos e outros) capacitados para realizar procedimentos clínicos básicos relacionados à saúde reprodutiva, tais como, exame pélvico bimanual para determinar a idade gestacional e a posição do útero, avaliação da cavidade uterina e outros procedimentos transcervicais, os que também podem ser treinados para realizar abortamento em condições seguras.

O serviço de abortamento oferecido em nível primário de atendimento e, através de serviços ambulatoriais, em níveis mais altos de atendimento, é seguro, minimiza os custos, e, por sua vez, maximiza a conveniência e a pontualidade da atenção para a mulher (7). Onde ainda não existir a capacidade para providenciar serviços de abortamento de boa qualidade em nível primário será fundamental a referência para níveis mais altos de atenção (ver Quadro 3.1). Permitir o uso domiciliar de misoprostol, após o fornecimento de mifepristone no centro de saúde, pode melhorar ainda mais a privacidade, o conforto e a aceitação dos serviços, sem comprometer a segurança (8-10). O abortamento hospitalar deve ser reservado para manejo do abortamento farmacológico em casos de gestações de mais de 9 semanas (63 dias) e para tratamento das complicações graves decorrentes de abortamento (ver Capítulo 2).

3.3.1.1 Nível comunitário

Os prestadores de serviços de saúde da comunidade podem desempenhar um papel importante ajudando as mulheres a prevenir gravidezes não desejadas, oferecendo informações e assessoria sobre métodos anticoncepcionais, e orientando-as sobre as consequências do abortamento inseguro (11). Eles devem ser capazes de informar as mulheres sobre como terem acesso a testes de gravidez, e a serviços de abortamento legal e seguro, e de encaminhar aquelas mulheres com complicações decorrentes de um abortamento inseguro para receber atendimento de urgência. Os boticários ou farmacêuticos, bem como os prestadores de serviços de saúde da comunidade, podem ajudar as mulheres a evitar gravidezes não desejadas, fornecendo-lhes informação e métodos anticoncepcionais precisos. Podem, ainda, fornecer testes de gravidez e referi-las a serviços de abortamento seguro.

QUADRO 3.1

Tipos de serviço adequado para cada nível do sistema de saúde

Nível comunitário:

- educação e informação em saúde pública sobre saúde reprodutiva, incluindo anticoncepcionais e abortamento;
- distribuição, na comunidade, de métodos de contracepção adequados;
- todos os profissionais de saúde devem estar treinados para prover informação sobre serviços de detecção de gravidez e de abortamento legal e seguro, e encaminhamento para estes serviços;
- todos os profissionais de saúde devem estar treinados para reconhecer complicações decorrentes de abortamento e encaminhar rapidamente as mulheres para receber tratamento adequado;
- transporte das mulheres para tratamento das complicações decorrentes do abortamento;
- todos os profissionais de saúde (e outros profissionais-chaves da comunidade, tais como policiais ou professores) devem estar treinados para reconhecer sinais de estupro e providenciar o encaminhamento a serviços de saúde ou outros serviços de assistência social.

Nível de atendimento primário:

- todos os elementos mencionados no nível comunitário;
- todos os profissionais de saúde que lidarem com serviços de saúde reprodutiva devem estar capacitados para fornecer assessoria sobre anticoncepcionais, gravidezes não desejadas e abortamentos;
- um amplo leque de métodos anticoncepcionais, que inclui dispositivos intrauterinos (DIUs), implantes e injetáveis;
- aspiração a vácuo (manual ou elétrica) para gravidezes de até 12 a 14 semanas de gestação (ver Capítulo 2);
- métodos farmacológicos de abortamento para gravidezes de até 9 semanas de gestação, ou até 12 semanas se a mulher puder permanecer no centro de saúde até ser completado o abortamento (ver Capítulo 2);
- estabilização clínica, administração de antibióticos e esvaziamento uterino para as mulheres com complicações de abortamento;
- aspiração a vácuo ou tratamento com misoprostol para abortamento incompleto;
- referência imediata e transporte para mulheres que precisarem de serviços de abortamento ou tratamento de complicações que não puderem ser resolvidas no local.

Hospitais de referência:

- todos os elementos para atenção de abortamento elencados no nível de atendimento primário;
- esterilização cirúrgica como complemento de outros métodos contraceptivos;
- serviços de abortamento para todas as circunstâncias e etapas da gravidez, de acordo com a lei local;
- tratamento de todas as complicações de abortamento;
- informação e programas abrangendo toda a área de influência;
- capacitação de todos as equipes relevantes de profissionais de saúde para prover serviços de abortamento.

3.3.1.2 Nível de atendimento primário

Tanto a aspiração a vácuo como o abortamento farmacológico podem ser fornecidos no nível de atendimento primário em forma ambulatoria, não requerendo conhecimentos ou habilidades técnicas avançadas, nem equipamentos caros como o ultrassom, nem uma equipe de saúde completa (por exemplo, anestesista) (12). A equipe de saúde desse serviço, em geral, inclui enfermeiros, parteiras, assistentes de médicos e, em alguns locais, médicos. Os profissionais de saúde com habilidades para realizar um exame pélvico bimanual, diagnosticar uma gravidez, avaliar a idade gestacional e realizar procedimentos transcervicais tais como a inserção de um dispositivo intrauterino (DIU) podem ser treinados para realizar uma aspiração a vácuo. (5, 6, 13-15). Naqueles locais onde os métodos farmacológicos de abortamento estiverem aprovados e disponíveis, os profissionais de saúde de nível médio também podem realizar e monitorar esse procedimento. (3, 16, 17). Para a aspiração a vácuo, bem como para o abortamento farmacológico, devem existir procedimentos para a referência a um nível superior de atendimento, caso necessário. (12).

3.3.1.3 Hospitais de referência

Os hospitais de referência devem contar com infraestrutura e profissionais capacitados para realizar abortamentos em todas as circunstâncias permitidas pela lei e ter condições de atender todas as complicações decorrentes do abortamento.

3.3.2 Métodos de abortamento

O respeito pela escolha feita pela mulher entre os diferentes métodos de abortamento eficazes e sem riscos é um aspecto importante na prestação de serviços de saúde. Embora a escolha dos métodos reflita a capacidade do sistema de saúde, mesmo os sistemas de saúde com as maiores limitações de recursos devem ter a possibilidade de oferecer métodos farmacológicos e aspiração a vácuo manual. Nos locais onde não for possível oferecer uma escolha de técnicas, sempre deve estar disponível, no mínimo, um dos métodos recomendados. A aspiração a vácuo e os métodos farmacológicos também devem estar amplamente disponíveis para tratar mulheres com complicações de abortamentos espontâneos e abortamentos inseguros.

3.3.3 Certificação e credenciamento dos profissionais de saúde e das instalações

Naqueles locais onde se requer certificação dos prestadores de serviços de abortamento deve-se assegurar que eles obedeçam aos critérios para prover atendimento seguro em consonância com as normas nacionais. Esses requisitos não devem gerar barreiras para acesso a serviços legais. As exigências para certificação e credenciamento para prestadores de serviço de abortamento não devem constituir um obstáculo para a disponibilidade e acesso aos serviços, devendo ser as mesmas que para outros procedimentos médicos.

Os critérios de credenciamento, quando exigidos, não devem impor requisitos excessivos de infraestrutura, equipamento ou pessoal que não sejam essenciais para prestar serviços seguros. Os critérios de credenciamento, para as instalações devem diferenciar claramente entre os requisitos para o nível de atendimento primário e os requisitos para os níveis de referência, com vistas a facilitar, ao invés de restringir, o acesso aos serviços médicos. Os critérios de credenciamento devem ser os mesmos tanto para o setor público como privado e para as instalações do terceiro setor.

3.3.4 Mecanismos de referência

Da mesma maneira que com todas as intervenções em saúde, os sistemas de encaminhamento que funcionam corretamente são fundamentais para proporcionar serviços de abortamento seguro. Os encaminhamentos oportunos a unidades adequadas reduzem demoras na procura por cuidados clínicos, aumentam a segurança e podem mitigar a gravidade das complicações decorrentes de abortamento (12).

3.3.5 Respeito pela decisão livre e informada das mulheres, autonomia, confidencialidade e privacidade, com atenção especial às adolescentes e às mulheres com necessidades especiais

Dentro do arcabouço das leis nacionais sobre abortamento, as normas e padrões devem incluir proteção para a decisão livre e informada, bem como autonomia na tomada de decisão, ausência de discriminação, confidencialidade e privacidade

para todas as mulheres, incluídas as adolescentes (18). Estes direitos humanos estão consagrados nos tratados de direitos humanos regionais e internacionais, bem como nas leis e constituições nacionais.

3.3.5.1 Decisão livre e informada

De acordo com o contexto e a situação individual, uma mulher que tenta tomar a decisão sobre uma gravidez não desejada pode se sentir vulnerável. Precisa ser acolhida com respeito e empatia e a informação a ela repassada deve ser clara e precisa de forma que ela possa compreender para poder tomar uma decisão livre de pressão, coerção ou discriminação. Os prestadores de serviços de saúde devem estar capacitados para respaldar a decisão da mulher tomada em forma voluntária e informada. Também devem estar alertas a situações nas que a mulher possa estar sendo coagida a submeter-se a um abortamento contra sua vontade (por exemplo, por causa de seu estado de saúde, com no caso das mulheres HIV positivas). É necessário prestar mais atenção nesses casos, para garantir que a mulher esteja totalmente informada e tome uma decisão livre.

3.3.5.2 Autorização de terceiros

Uma mulher que pretende fazer um abortamento é um adulto autônomo. Por autonomia entende-se que uma pessoa adulta, mentalmente competente, não requer consentimento de terceiros, tais como marido, parceiro, pai ou responsável legal, para ter acesso a um serviço de saúde. Portanto, os prestadores de serviços de saúde não devem impor como requerimento a autorização de um terceiro, a não ser que a autorização em questão constitua um requerimento legal da legislação vigente no país.

As adolescentes podem desistir de procurar os serviços de saúde de que precisam, por acharem que lhes será exigida autorização dos pais ou responsáveis legais, aumentando as probabilidades de procurarem serviços clandestinos de abortamento. Portanto, os prestadores de serviços de saúde precisam estar capacitados sobre como informar, dar orientação e acolher as adolescentes de acordo com suas capacidades de compreensão acerca das opções de tratamentos e cuidados que estão sendo oferecidos a elas, e não segundo algum limite arbitrário de idade

(19). Os profissionais de saúde devem ter empatia com as menores de idade para identificar o que for mais conveniente para elas; incluindo a consulta aos seus pais ou outros adultos de confiança sobre sua gravidez, sem preconceito, discriminação ou coerção.

3.3.5.3 Proteção das pessoas com necessidades especiais

Segundo o contexto, as mulheres solteiras, as adolescentes, aquelas que vivem em extrema pobreza, as mulheres de minorias étnicas, as refugiadas e outras pessoas que tiveram de deixar sua terra por razões de força maior, as mulheres com deficiências e as vítimas de violência doméstica podem ser vulneráveis ao acesso desigual a serviços de abortamento sem riscos. Os prestadores de serviços de saúde de serviços de abortamento devem ter a certeza de tratar todas as mulheres sem discriminação e com respeito.

O estigma e a discriminação associados a deficiências físicas ou mentais ou com estados de saúde, por exemplo, ser HIV positivas são bem frequentes e podem ser usados para coagir as mulheres a se submeterem a um abortamento. A coerção, por violentar os direitos das mulheres ao consentimento informado e à dignidade, não deve ser tolerada (20). Portanto, os profissionais de saúde têm a obrigação, fundada nos direitos humanos, de garantir às mulheres a não coerção e o recebimento de serviços psicológicos, sociais e médicos necessários para sustentar sua escolha.

3.3.5.4 Confidencialidade e privacidade

O receio de que a confidencialidade não seja mantida faz com que muitas mulheres, particularmente adolescentes e solteiras, desistam de procurar serviços de abortamento legal e seguro, podendo levá-las a prestadores médicos clandestinos de abortamento inseguro ou a fazerem um abortamento autoinduzido. A confidencialidade é um princípio chave da ética médica e um aspecto do direito à privacidade (21) que deve ser garantido. Por conseguinte, os provedores têm o dever de proteger a informação médica e não divulgá-la sem autorização. Também devem assegurar-se de que as mulheres que realmente autorizarem a divulgação dessa informação confidencial, o façam de uma maneira livre e sobre a base de informação clara. As adolescentes consideradas o suficientemente maduras

para receber assessoria sem a presença dos pais ou de outra pessoa têm o direito à privacidade e podem solicitar tratamento e serviços com confidencialidade (ver Seção 3.3.5.2).

Os diretores de serviços de saúde devem assegurar que as instalações ofereçam privacidade, tanto para conversar com a paciente, como para prover os serviços. Por exemplo, as salas de procedimento devem estar divididas para proporcionar privacidade visual e auditiva, e apenas o pessoal da unidade necessário para o abortamento induzido deve estar presente. Deve existir uma área privada para despir-se, janelas com cortinas e lençóis de tecido ou de papel para cobrir a mulher durante o procedimento.

3.3.5.5 Necessidades especiais no caso de mulheres vítimas de estupro

As mulheres grávidas em decorrência de estupro precisam ser tratadas com especial sensibilidade, e todos os níveis do sistema de saúde devem estar capacitados para oferecer atendimento e apoio emocional apropriados. As normas e padrões para realizar o abortamento nesses casos devem estar elaborados, devendo os provedores de saúde e os policiais receber treinamento apropriado. Estes padrões não devem impor procedimentos administrativos nem judiciais desnecessários, tais como obrigar a mulher a denunciar ou a identificar o estuproador (22). Idealmente, esses padrões deveriam ser parte de normas e protocolos exaustivos para o cuidado integral das vítimas de estupro, abrangendo o atendimento físico e psicológico, contracepção de emergência, profilaxia posterior à exposição para prevenir o HIV, tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e das lesões, coleta de evidências para medicina legal, orientação e seguimento (20).

3.3.6 Objeção de consciência dos profissionais de saúde

Por vezes, os profissionais de saúde se negam a atender abortamentos baseando-se em objeções de consciência ao procedimento e não encaminham a mulher para um profissional de saúde alternativo. Cada profissional de saúde tem o direito de negar-se por razões de consciência à realização de abortamentos, porém, esse direito não o faculta para impedir ou negar o acesso a

serviços de abortamento legais, pois estaria atrasando o cuidado da mulher, colocando sua saúde e vida em risco. Nesses casos, os prestadores de serviços de saúde devem encaminhá-la a um profissional capacitado e disposto, dentro da mesma unidade ou para outra unidade de fácil acesso, em consonância com as disposições legais. Onde a referência não for possível, o profissional de saúde, mesmo não concordando, deve fornecer um abortamento sem riscos para salvar a vida da mulher e prevenir lesões graves à sua saúde. As mulheres que chegam com complicações em decorrência de um abortamento inseguro ou ilegal devem receber tratamento de maneira urgente e respeitosa, como qualquer outro paciente de urgência, sem comportamentos punitivos, preconceituosos ou tendenciosos (ver também o Capítulo 4).

3.4 Equipamento das instalações e capacitação dos profissionais de saúde

A realização de abortamento seguro requer instalações equipadas adequadamente e prestadores de serviços de saúde bem capacitados. As autoridades de saúde pública têm a responsabilidade de garantir que os sistemas estejam preparados para a aquisição e distribuição contínua e oportuna de todos os equipamentos médicos, medicamentos, anticoncepcionais e suprimentos necessários para a prestação segura de serviços. Os provedores de serviço de abortamento precisam de uma capacitação adequada pré-procedimento e para o procedimento em si, em função de protocolos periodicamente atualizados para realização de abortamento seguro.

3.4.1 Preparação e equipamento das instalações

As instalações onde são realizados abortamentos devem estar bem preparadas e equipadas para proporcionar um atendimento seguro e sem riscos. Os serviços de apoio, como abastecimento comunitário, funcionamento da cadeia de suprimento logístico e mecanismos de financiamento, são tão importantes quanto a capacitação dos profissionais para introduzir novos serviços. Onde os serviços já existem, as melhorias da infraestrutura podem

Tabela 3.1 Medicamentos, suprimentos e equipamentos para prestar serviços de abortamento seguro

Passo a passo do procedimento	Farmacologia e suprimentos	Equipamento
<p>Avaliação clínica</p> <p>Procedimento de abortamento cirúrgico (equipe para dilatação e evacuação [D&E])</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de exame limpas • Água limpa • Detergente ou sabão • Agente de preparação do colo uterino (por exemplo, comprimidos de misoprostol, dilatadores osmóticos, mifepristone) • Medicamentos para a dor, como analgésicos e ansiolíticos • Luvas de borracha • Jaleco, máscara • Agulhas (espinhal de calibre 22 para bloqueio paracervical e calibre 21 para administração de medicamentos) • Seringas (5, 10 e 20 ml) • Lidocaína para bloqueio paracervical • Compressas de gaze e algodão em bolas • Solução antisséptica (sem base alcoólica) para preparar o colo uterino • Solução para deixar instrumentos de molho • Soluções e materiais para esterilização ou desinfecção de alto nível • Silicone para lubrificar as seringas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento para medir a pressão arterial • Estetoscópio • Espéculo (boca larga para aumentar a exposição do colo uterino e curto para evitar afastar o colo uterino, o espéculo de Sims se se dispuser de assistente) • Tenáculos (com ponta atraumática) • Dilatadores cônicos até 37 mm (até 51 mm) ou circunferência equivalente • Aspirador a vácuo elétrico (com cânula de 14 ou 16 mm) ou aspirador AMIU e cânula de até 12 mm • Pinças de Bierer de evacuação uterina (grande e pequena) • Pinças de Sopher de evacuação uterina (pequena) • Cureta flexível pós-parto grande • Pinças de esponja • Recipiente de aço inox para preparar solução • Bandeja para instrumentos • Recipiente de vidro claro para a inspeção dos tecidos • Filtros (metal, vidro ou gaze))
<p>Abortamento farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristone • Misoprostol • Analgésicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Área privativa com cadeiras para esperar a expulsão separada do atendimento pré-natal ou da sala de trabalho de parto, • Banheiros adequados
<p>Recuperação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compressas de gaze ou algodão • Analgésicos • Antibióticos • Informação sobre o autocuidado posterior ao procedimento • Métodos e informação contraceptiva posterior ao abortamento, ou transferência 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento para medir a pressão arterial • Estetoscópio
<p>Em caso de complicações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas adequados dos medicamentos utilizados para a dor • Agentes uterotônicos (oxitocina, misoprostol ou ergotamina) • Via e fluídos intravenosos (IV) (solução salina, lactato de sódio, glicose) • Mecanismos claros de transferência para unidade de nível superior, quando necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigênio e reanimador pulmonar tipo Ambu, com balão • Acesso a um aparelho de ultrassom (opcional) • Porta-agulhas longo e sutura • Tesouras • Compressas de gaze para a cavidade uterina

facilitar um fluxo de pacientes mais eficaz e aumentar a privacidade e a satisfação das usuárias, ao passo que a introdução de métodos atualizados, como a aspiração a vácuo e o abortamento farmacológico, podem aumentar a segurança e reduzir os custos (23, 24).

3.4.1.1 Equipamentos, medicamentos e suprimentos essenciais

A maioria dos equipamentos, medicamentos e suprimentos necessários para disponibilizar aspiração a vácuo (manual e elétrica) e métodos farmacológicos de abortamento (ver Tabela 3.1) são os mesmos que os necessários para outros serviços ginecológicos.

A mudança para o uso da aspiração a vácuo com cânulas plásticas depende da aprovação oficial e da disponibilidade local de instrumentos. Em locais onde os instrumentos de aspiração a vácuo manual intrauterina (AMIU) não são dispositivos médicos aprovados, deve-se tentar acrescentá-los à lista de equipamento padrão do governo.

Estes instrumentos e medicamentos devem ser incluídos rotineiramente nos sistemas de planejamento, orçamento, solicitação, distribuição e gestão. Os critérios para determinar quais os instrumentos a serem utilizados são os seguintes: qualidade, durabilidade, custos e capacidade do sistema para assegurar consistentemente sua disponibilidade e manutenção ao longo do tempo. Como com qualquer outro medicamento, o mifepristone e o misoprostol para o abortamento farmacológico devem provir de fabricantes aderidos às boas práticas de fabricação.

Os instrumentos para a AMIU são fabricados para uso único ou para múltiplo uso. Em contextos onde os instrumentos serão reutilizados é essencial adquirir aqueles que podem suportar uso, limpeza, desinfecção ou esterilização de alto nível repetidamente, bem como assegurar a realização da referida desinfecção ou esterilização. Os instrumentos para um uso único devem ser cuidadosamente descartados, a fim de evitar riscos para a saúde dos profissionais e da comunidade. Os equipamentos reutilizáveis reduzem os custos,

porém, devem ser seguidos procedimentos rigorosos de limpeza e desinfecção após o uso (ver Capítulo 2).

3.4.1.2 Requerimentos regulatórios do uso de drogas e dispositivos

Cada país tem requisitos regulatórios específicos para o registro e importação de medicamentos e equipamento médico como os instrumentos para a AMIU. Entretanto, a *Lista Padrão de Medicamentos Essenciais da OMS*, adotado por muitos países como lista nacional de medicamentos essenciais, inclui a combinação de mifepristone e misoprostol para realizar abortamentos farmacológicos, misoprostol apenas para o tratamento do abortamento incompleto ou abortamento espontâneo, analgésicos não narcóticos como antiinflamatórios não-esteroides (por exemplo, ibuprofeno), tranquilizantes (por exemplo, diazepam) e anestésicos locais (por exemplo, lidocaína) (25). A inclusão na lista nacional de medicamentos essenciais significa que o medicamento esteja registrado e disponível no país. Se o medicamento não estiver registrado, alguns países permitirão a importação através do Esquema de Certificação da OMS na Qualidade de Produtos Farmacêuticos Destinados ao Comércio Internacional (26).

As provisões elencadas na Tabela 3.1, específicas para serviços de abortamento, devem ser incluídas no programa de administração de logística de suprimentos médicos e estar disponíveis para os prestadores de serviços de saúde que realizem serviços de abortamento.

3.4.2 Assegurar as capacidades e o bom desempenho dos profissionais de saúde

3.4.2.1 Habilidades e capacitação dos prestadores de serviços de saúde

Os prestadores de serviços de saúde que realizarem a aspiração a vácuo para o tratamento do abortamento incompleto poderão aprender a utilizar a técnica para um abortamento induzido, com uma mínima capacitação adicional. Todos esses profissionais de saúde também podem receber capacitação para realizar o abortamento farmacológico.

Além do treinamento das habilidades, a participação em exercícios de esclarecimento de valores pode ajudar os profissionais a fazer uma distinção entre suas atitudes e crenças pessoais e as necessidades das mulheres que procuram serviços de abortamento (27). O esclarecimento de valores é um exercício que evidencia a forma em que os valores pessoais influem na interação dos profissionais com as mulheres que procuram serviços de abortamento. Apesar das tentativas de objetividade dos profissionais, as crenças negativas e pré-definidas sobre o abortamento, e sobre as mulheres que solicitam abortamentos, frequentemente influem no critério profissional e na qualidade do atendimento prestado (28, 29).

Em muitos contextos, tornar os serviços de abortamento legal e seguro acessíveis a todas as mulheres donas desse direito, irá requerer a capacitação dos profissionais de saúde de nível médio (30-34). Estudos comparativos apontaram que não existia diferença nas taxas de complicações entre mulheres submetidas a abortamentos no primeiro trimestre com AMIU, realizada por profissionais de saúde de nível médio, daquelas observadas quando o procedimento tinha sido realizado por um médico (6). As habilidades e expectativas de desempenho estabelecidas em normas e protocolos devem ser a base para o treinamento prévio ao serviço de todos os quadros de profissionais apropriados, e os prestadores de serviços de abortamento devem ser treinados durante sua atuação no serviço garantindo a manutenção das suas habilidades para realizarem os procedimentos em consonância com os padrões estabelecidos.

3.4.2.2 Programas de capacitação

Como para qualquer outra intervenção de saúde, os programas de capacitação para o abortamento devem se basear na competência e devem ser conduzidos em estabelecimentos que tenham um fluxo suficiente de pacientes que permita às pessoas em treinamento cumprir as práticas necessárias, incluindo o tratamento das complicações derivadas do abortamento. A capacitação deve abordar, ainda, as atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação à saúde sexual e reprodutiva, que abrange o abortamento induzido, salvaguardar a privacidade e confidencialidade, tratar todas as mulheres com

dignidade e respeito, sem causar constrangimentos e atender as necessidades especiais das adolescentes, das mulheres vítimas de estupro e daquelas que podem ser vulneráveis por outros motivos de saúde ou socioeconômicos.

Capacitar os profissionais de saúde em procedimentos novos ou atualizados pode ser uma ferramenta poderosa para mudar as práticas. No entanto, apenas a capacitação não é suficiente. Os profissionais capacitados precisam de treinamento de apoio posterior para colocar em prática as habilidades, devendo trabalhar em um ambiente que garanta medicamentos, remuneração e desenvolvimento profissional adequados para garantir a provisão de serviços de abortamento seguro. Precisam, ainda, de supervisão de apoio e monitoramento para assegurar que sejam observadas as normas e os padrões. O Quadro 3.2 apresenta o conteúdo recomendado de treinamento para todos os profissionais de saúde que realizam serviços de abortamento.

3.5 Monitoramento, avaliação e melhoria da qualidade

Assim como com outros serviços de saúde, serviços de abortamento de boa qualidade devem ser sujeitos a processos eficazes de monitoramento, avaliação, garantia e melhoria da qualidade. A coleta regular das estatísticas do serviço e a supervisão e avaliação rotineiras no centro de saúde são componentes chave de gestão do programa, e a retroalimentação baseada na análise desses dados fornece a informação necessária para melhorar as condições de acesso e a qualidade dos serviços prestados.

3.5.1 Monitoramento

O monitoramento verifica os processos de implementação dos serviços, incluindo mudanças ao longo do tempo. O monitoramento rotineiro pode ajudar os diretores e supervisores a identificar e administrar, ou prevenir, problemas antes de eles se tornarem graves e incontroláveis. Um bom monitoramento pressupõe escutar os profissionais de saúde, que podem dar recomendações importantes

QUADRO 3.2

Conteúdos recomendados para programa de treinamento para prestadores de serviços de abortamento

Antecedentes para a prestação de serviços de abortamento:

- disposições legais, normativas e políticas;
- efeitos do abortamento inseguro sobre a saúde;
- responsabilidade ética de realizar um abortamento (ou de referir as mulheres a outro profissional ou centro de saúde quando o profissional de saúde alega objeção de consciência para realizar o abortamento) e de tratar as complicações derivadas de abortamento inseguro;
- normas e padrões nacionais para atender o abortamento;
- direitos humanos relacionados ao abortamento seguro.

Orientação e interação usuária- profissionais de saúde:

- esclarecimento das atitudes e crenças do profissional de saúde com relação ao abortamento;
- confidencialidade e privacidade;
- habilidade de comunicação interpessoal e capacidade de aconselhamento;
- informação sobre o abortamento e a contracepção;
- questões e riscos associados com o HIV e outras DTS;
- consideração das necessidades de todas as mulheres, incluídas as adolescentes, as mulheres de baixa renda, as mulheres de minorias étnicas, as refugiadas e as que tenham tido que abandonar seu lar por razões de força maior, as mulheres com deficiências, as vítimas de estupro, as mulheres HIV positivas ou portadoras de outras DTS;
- reconhecimento de sinais de que a mulher foi vítima de violência, e orientação para ajudá-la na obtenção de assessoria e de serviços adicionais;
- ajudar os usuários a tomar uma decisão informada.

Habilidades clínicas:

- anatomia e fisiologia relevantes à gravidez e ao abortamento;
- avaliação pré-procedimento (por exemplo, antecedentes médicos, exames, idade gestacional);
- rastreamento de DST;
- dilatação cervical;
- evacuação uterina;
- prevenção de infecções;
- alívio da dor;
- reconhecimento e tratamento de complicações decorrentes de abortamento;
- ações e cuidado após o procedimento, incluindo informações, orientação e planejamento reprodutivo;
- critérios e procedimentos de encaminhamento de casos além da competência do provedor.

Questões administrativas e garantia de qualidade:

- organização de serviços para garantir um fluxo eficaz de pacientes e, ao mesmo tempo, manter a privacidade e a confidencialidade;
- registro e elaboração de relatórios das estatísticas do serviço; práticas para manter a privacidade e a confidencialidade;
- logística, gerenciamento de equipamento e inventário;
- monitoramento, avaliação e melhoria/garantia de qualidade; mecanismos eficientes de encaminhamento e transporte;
- padrões de supervisão.

para melhorar a qualidade do atendimento. O monitoramento bem desenhado permite aos administradores dos estabelecimentos e aos supervisores de pessoal oferecer retroalimentação à equipe de trabalho sobre os problemas e envolvê-la em um processo participativo para implementar soluções. No âmbito da instituição, os mecanismos para monitorar os serviços incluem a análise das estatísticas de rotina do serviço, revisão de casos e registros, observação, listas de controle, avaliações sobre as instalações e auditorias sobre quase óbitos, bem como obter retroalimentação das usuárias do serviço para aprimorar a qualidade da atenção. As estatísticas de rotina do serviço de abortamento incluem: idade e número de mulheres submetidas a um abortamento induzido, por tipo de procedimento (aspiração a vácuo, abortamento farmacológico, dilatação e curetagem [D&C]) e a idade gestacional da gravidez.

O monitoramento dos indicadores nacionais de abortamento seguro é importante e tem sido amplamente negligenciado (35). A introdução de indicadores específicos de abortamento e as estatísticas do serviço devem ser desenvolvidos no contexto do monitoramento do programa nacional de saúde materna e reprodutiva. Os dados das instituições sobre os serviços de abortamento podem ser integrados em sistemas de informação de apoio à gestão existentes (por exemplo, formulários, livros de atividades, registros de reserva de fornecimentos, listas de controle, história clínica das pacientes, registros da atividade diária) em lugar de criar sistemas independentes (36, 37). Os indicadores da OMS para a atenção ao abortamento seguro (38) são apresentados na Tabela 3.2.

3.5.2 Garantia e melhoria da qualidade

A garantia e a melhoria da qualidade abrange processos planejados e sistemáticos com vistas a identificar resultados aferíveis em função de padrões e normas nacionais, das perspectivas dos usuários do serviço de saúde e dos profissionais de saúde, coletar dados que reflitam o grau de obtenção de resultados, e fornecer retroalimentação aos supervisores de programas e prestadores de

serviços de saúde. Os processos de melhoria da qualidade devem visar à identificação e eliminação das barreiras tanto individuais como organizacionais, objetivando sempre a boa qualidade do atendimento. (39-41). O objetivo para atenção ao abortamento é promover uma mudança com vistas a uma melhoria contínua como parte da manutenção de serviços de boa qualidade que respondam às necessidades dos prestadores de serviços de saúde, bem como aos direitos humanos e de saúde das mulheres. A melhoria da qualidade implica em um monitoramento contínuo da prestação de serviços de rotina, do desempenho dos prestadores de serviços, dos resultados das pacientes e das avaliações periódicas realizadas no âmbito institucional (42).

3.5.3 Avaliação

A avaliação é a valoração sistemática dos processos e dos resultados da prestação de serviços. A avaliação integral deve contemplar múltiplas fontes de dados, incluindo estatísticas do serviço, retroalimentação dos profissionais de saúde, das mulheres e comunidades onde o serviço é prestado, e registros financeiros. Os avaliadores do programa podem focar sua atenção em três áreas chave, que dizem respeito às políticas, aos programas e aos serviços: acesso, disponibilidade e qualidade da atenção. No Quadro 3.3, são apresentados exemplos de uma variedade de assuntos e questões que devem ser levados em consideração para a valoração e avaliação periódicas. Responder a estas perguntas pode fornecer informação que permitirá aos responsáveis pela elaboração de políticas e aos supervisores de programas melhor compreender e vencer as barreiras existentes ao acesso, visando ao aprimoramento da atenção.

Tabela 3.2. Indicadores para atenção ao abortamento seguro^a

Área	Indicador	Tipo de medida	Tipo de indicador (central ^b , adicional ^c)	Fonte dos dados
Acesso: disponibilidade	Número de instalações que oferecem serviços de abortamento seguro cada 500 000 habitantes	Índice	Adicional	SIS ^d
	Prestadores de serviços de saúde treinados para proporcionar serviços de abortamento seguro previsto na legislação vigente do país	Porcentagem	Adicional	Pesquisa (instalações)
	População que reside, no máximo, a 2 horas de viagem de um estabelecimento que presta serviços de abortamento seguro	Porcentagem	Adicional	Pesquisa (população)
Acesso: informação	População com conhecimentos corretos do abortamento previsto em lei	Porcentagem	Adicional	Pesquisa (população)
	Prestadores de serviços de saúde com conhecimentos corretos do abortamento previsto em lei	Porcentagem	Adicional	Pesquisa (instalações)
Acesso: qualidade	Pontos de prestação de serviço que usam os métodos recomendados pela OMS para o abortamento induzido	Porcentagem	Adicional	Pesquisa (instalações)
	Pontos de prestação de serviço que usam os métodos recomendados pela OMS para o tratamento das complicações decorrentes do abortamento	Porcentagem	Adicional	Pesquisa (instalações)
Resultado/ impacto	Admissões obstétricas e ginecológicas devidas a abortamento	Porcentagem	Central	SIS
	Índice de hospitalização para abortamento sem riscos a cada 1000 mulheres	Índice	Adicional	SIS
	Abortos a cada 1000 nascidos vivos	Proporção	Central	SIS/Pesquisa (população)
	Óbitos maternos decorrentes de abortamento	Porcentagem	Central	SIS/Pesquisa (especial)/ registro vital

^a Outros indicadores relevantes para conseguir acesso universal à saúde reprodutiva são apresentados na referência 38.

^b Indicadores que todos os países devem informar.

^c Indicadores que os países poderiam informar em função de suas necessidades especiais, características contextuais e capacidades (por exemplo, quando a cobertura dos dados centrais é alta)..

^d Sistema de informação da saúde. Tabela adaptada da referência .

Adaptado a partir da referência 38.

QUADRO 3.3

Questões e assuntos que devem ser considerados para a valoração periódica e avaliação dos serviços de abortamento

Estas questões e assuntos são apenas para fins avaliativos, para as recomendações relevantes da OMS. Ver os Capítulos 2, 3 e 4.

Acesso a serviços de abortamento seguro

Quais são as bases legais para o abortamento induzido?

- por solicitação;
- razões socioeconômicas;
- saúde (não especificado, segundo as definições da OMS ou com condições específicas);
- saúde mental (não especificado ou com condições específicas);
- saúde física (não especificado ou com condições específicas);
- estupro;
- incesto;
- preservação da vida.

Qual é o custo dos serviços de abortamento para as mulheres?

- tabelas oficiais:
 - honorários do prestador do serviço;
 - honorários da instalação;
- honorários informais para os profissionais de saúde;
- custos de transporte;
- custos de alojamento;
- outros custos;
- cobertura do plano de saúde;
- cobertura da assistência social.

É requerido o consentimento de terceiros para realizar um abortamento?

- autorização do pai/tutor legal ou do marido/parceiro;
- autorização de comissões médicas;
- autorização por mais de um especialista ou médico.

Disponibilidade de serviços de abortamento seguro

Existem instalações suficientes a prover atendimento em condições seguras para todas as mulheres que solicitam abortamento?

- número de instalações que oferecem serviços de abortamento seguro cada 500 000 habitantes

Que custo tem para o estabelecimento proporcionar abortamento seguro?

- tempo do provedor;
- equipamentos/instrumentos e suprimentos;
- medicamentos;
- treinamentos dos provedores;
- outros custos de capital e recorrentes.

Que estatísticas sobre abortamento encontram-se disponíveis?

- número total de admissões obstétricas/ginecológicas;
- número total de abortamentos induzidos;
- número total de complicações imediatas e retradas;
- porcentagem de complicações que requerem hospitalização;
- número total de complicações que se apresentam (como resultado de abortamento inseguro ou espontâneo).

Que métodos de abortamento estão disponíveis e são utilizados?

Para gestações de menos de 12-14 semanas de gestação:

- aspiração a vácuo;
- mifepristone e misoprostol;
- uso exclusivo de misoprostol;
- dilatação e curetagem.

Quadro 3.3 continuação

Para gestações de mais de 12-14 semanas de gestação:

- dilatação e evacuação;
- mifepristone e misoprostol;
- uso exclusivo do misoprostol;
- instilação com solução salina hipertônica;
- lactato de etacridina.

Qualidade do atendimento

Os provedores de abortamento têm as habilidades requeridas para realizar um abortamento seguro?

- confirmação de gravidez;
- cálculo da idade gestacional;
- técnica apropriada do procedimento cirúrgico;
- manejo adequado da dor;
- regime de abortamento farmacológico apropriado; acompanhamento adequado.

São adotadas, como procedimento de rotina, boas práticas de prevenção de infecções?

- precauções padrão adotadas como procedimento de rotina;
- técnica asséptica sem toque empregada para métodos cirúrgicos;
- mergulho inicial dos instrumentos usados;
- limpeza dos instrumentos;
- esterilização ou desinfecção de alto nível dos instrumentos médicos;
- profilaxia antibiótica para métodos cirúrgicos.

Que opções de tratamento da dor estão disponíveis e que tratamento de alívio da dor é disponibilizado de fato?

- técnicas de relaxação verbais;
- analgesia;
- anestesia local;
- sedação;
- anestesia geral.

Que métodos anticoncepcionais estão disponíveis e que métodos são proporcionados?

- métodos de barreira:
 - preservativos,
 - capuz cervical;
- métodos baseados na percepção do período fértil;
- métodos hormonais:
 - pílulas;
 - anel vaginal;
 - adesivo transdérmico;
 - injetáveis;
 - implantes subdérmicos;
- DIU;
- ligadura tubária;
- anticoncepcionais de emergência.

Que material de informação, educação e comunicação está disponível e que informação é fornecida de rotina?

- para o procedimento;
- para os cuidados de acompanhamento;
- para a contracepção;
- para outras necessidades.

É fornecida orientação de rotina?

- para o procedimento;
- para os cuidados pós-procedimento;
- para a contracepção;
- para outras necessidades .

Os serviços são providos de maneira eficiente e eficaz?

- treinamento no serviço realizado de rotina;
- supervisão adequada;
- financiamento suficiente;
- aquisição, distribuição e reabastecimento suficientes dos instrumentos, medicamentos e suprimentos;
- sistemas de informação de gestão adequados;
- mecanismos para a melhoria/garantia de qualidade;
- mecanismos para monitoramento e avaliação dos serviços.

Quadro 3.3 continuação

Existe um sistema de encaminhamento adequado para:

- abortamento induzido (especialmente para os casos de objeção de consciência à provisão do serviço);
- tratamento das complicações;
- contracepção;
- infecções do trato reprodutivo;
- violência de gênero.

São mantidos todos os aspectos da privacidade da mulher em relação ao abortamento?

- privacidade visual durante o exame e o procedimento;
- privacidade auditiva durante a assessoria, o exame e o procedimento;
- o pessoal da equipe de saúde que não é essencial exclui-se da sala durante o procedimento;
- oferecimento de uso domiciliar de misoprostol após o fornecimento de mifepristone;
- banheiros adequados com privacidade;
- sinalização discreta para a localização dos serviços de abortamento.

É protegida a confidencialidade da mulher em relação ao abortamento?

- acesso restrito aos registros médicos;
- confidencialidade mantida para todas as mulheres, incluídas as adolescentes

São minimizados os atrasos na busca do atendimento?

- sem períodos de espera obrigatórios;
- tempo requerido entre a solicitação e a programação do procedimento;
- tempo de espera para o procedimento;
- tempo total no hospital ou na clínica

Existem outras barreiras potenciais à prestação do serviço?

- requisitos para testes de HIV e outros testes que não têm indicação clínica;
- assessoria obrigatória para além do fornecimento de informação adequada e relevante para atenção ao abortamento da mulher;
- requisito de ultra-sonografia obrigatória pré-abortamento;
- requisito de que as mulheres ouçam os batimentos do feto antes do abortamento;
- requisito de mencionar o abortamento induzido nos registros médicos permanentes, onde não se pode garantir a confidencialidade.

Perspectivas das mulheres sobre os serviços de abortamento

- o prestador de serviço de abortamento e o pessoal da clínica foram amigáveis e profissionais?
- foi fornecida suficiente informação sobre o procedimento, a contracepção e o acompanhamento?
- a mulher teve a oportunidade de fazer perguntas?
- as perguntas foram respondidas em forma adequada?
- foi protegida a privacidade?
- a mulher recomendaria a instalação?
- a mulher recomendaria o provedor?

Perspectivas do provedor

- a organização e a implementação dos serviços de abortamento observam as normas baseadas na evidência?
- a qualidade do atendimento é suficiente?
- como se poderia melhorar a satisfação com o trabalho?
- o apoio do supervisor é adequado?
- os incentivos trabalhistas são suficientes (por exemplo, salário, honorários, oportunidades de desenvolvimento profissional)?

3.6 Financiamento

Os orçamentos dos serviços de saúde devem ter verba suficiente para incluir os seguintes tipos de custos:

- equipamentos, medicamentos e suprimentos necessários para prover serviço de abortamento seguro;
- tempo de pessoal;
- programas de treinamento e monitoramento;
- melhoria da infraestrutura;
- registro;
- supervisão e avaliação.

Na medida em que o programa de abortamento possa ser integrado ao programa nacional de saúde materna e reprodutiva, os custos adicionais para estabelecer ou melhorar serviços de abortamento serão mínimos. De um modo geral, os serviços de abortamento seguro exigem poucos medicamentos, equipamentos, suprimentos diferentes – se é que exigem alguns- ou habilidades adicionais dos profissionais de saúde daquelas que já deveriam ter para o atendimento ginecológico e obstétrico de urgência.

3.6.1 Custos para os estabelecimentos ou sistema de saúde

A provisão de abortamento seguro e legal é consideravelmente menos onerosa do que o tratamento das complicações decorrentes de abortamento inseguro (43-47). Os custos para oferecer atenção ao abortamento com aspiração a vácuo incluem investimentos de capital pouco frequentes e modestos, tais como uma máquina de sucção ou equipamento para AMIU; uma maca; um esterilizador a vapor ou autoclave; a renovação das salas de espera, de consulta e de recuperação, e os banheiros. Os custos recorrentes incluem aqueles associados à compra de instrumentos e suprimentos que precisam ser renovados regularmente, tais como cânulas, aspiradores a vácuo manual; soluções antissépticas e desinfetantes de alto nível usados para tratar os instrumentos, e medicamentos para o alívio da dor, prevenção de infecções e abortamento farmacológico.

A decisão sobre qual método de abortamento oferecer e como organizar o serviço irá influenciar diretamente os custos do serviço e sua acessibilidade. Duas questões sobre organização revestem particular importância: o uso preferencial da aspiração a vácuo ou do abortamento farmacológico em detrimento da dilatação e curetagem (D&C) e orientação às mulheres no sentido de procurarem precocemente os serviços para obtenção de abortamento induzido.

- A troca da D&C pela aspiração a vácuo ou do abortamento farmacológico pela evacuação uterina é mais segura para a mulher, e também reduz os custos para o sistema de saúde (23, 24). A aspiração a vácuo pode ser realizada por um profissional de saúde de nível médio treinado, em uma sala de tratamento ambulatorial ou consultório, ao passo que a D&C, normalmente, requer uma sala de cirurgia e um médico. A aspiração a vácuo, geralmente, requer menos medicação para a dor do que a D&C (23, 47, 48).
- Se o sistema de saúde conseguir informar efetivamente as mulheres que devem consultar bem no início das gravidezes para obtenção de um abortamento, o uso de procedimentos de menor custos irá aumentar, diminuindo, por sua vez, o uso de procedimentos tardios de maior custo. Por exemplo, a introdução da combinação de mifepristone e misoprostol tem sido associada com mudanças na população, orientada para o abortamento em idades gestacionais menos avançadas (49, 50). O uso doméstico de misoprostol contribui para uma maior flexibilidade para a mulher e um menor uso de pessoal e das instalações. Isto também permite que os serviços sejam prestados em níveis inferiores do sistema de saúde e, portanto, mais perto das residências das mulheres, o que, conseqüentemente, diminui os custos associados ao transporte e ao tempo.

3.6.2 Tornar os serviços acessíveis às mulheres

Em muitos contextos, os planos de saúde nacionais não existem, ou não cobrem grandes parcelas da população ou não incluem o abortamento dentro do

pacote de benefícios. Com frequência, são utilizadas outras fontes de financiamento dos serviços de saúde, dentre elas, cobrar taxas dos usuários do sistema de saúde. A OMS recomenda que as taxas cobradas pelos serviços de saúde sejam arrecadadas através de um sistema de pré-pagamento, e não no momento da prestação do serviço (51). Contudo, em muitos estabelecimentos são cobradas taxas ao usuário, que podem constituir-se em uma barreira importante, dificultando que as mulheres de baixa renda e as adolescentes tenham acesso aos serviços. Além disso, as mulheres que solicitam um abortamento podem ter que pagar taxas informais elevadas (taxas criadas pelos prestadores de serviços de saúde em cima das tabelas oficiais do sistema de saúde). Essas taxas informais, quando combinadas com os custos de transporte e o tempo perdido de trabalho remunerado constituem obstáculos intransponíveis para muitas mulheres. A barreira dos custos elevados para as mulheres provavelmente gere custos mais altos para o sistema de saúde no longo prazo pelo aumento do número de mulheres que vão optar pelo abortamento autoinduzido ou vão procurar prestadores não habilitados, acabando hospitalizadas em decorrência de complicações sérias (52, 53).

O respeito, a proteção e a observância dos direitos humanos demandam que os serviços de abortamento legal sejam economicamente acessíveis a todas as mulheres, independente de sua capacidade de pagamento. Os mecanismos de financiamento devem garantir o acesso equitativo a serviços de boa qualidade (54). Quando são cobradas taxas pelo abortamento, elas devem ser economicamente acessíveis às mulheres, adotando-se procedimentos para isentar as adolescentes e as mulheres de baixa renda do pagamento dos serviços. Na medida do possível, deveria ser obrigatório que os serviços de abortamento estejam contemplados nos planos de saúde. O abortamento nunca deve ser negado ou adiado porque a mulher não tem condições de pagar. Todos os centros deveriam adotar procedimentos com vistas a evitar que a equipe de saúde cobre taxas informais.

3.7 O processo de planejamento e gestão da atenção ao abortamento seguro

O estabelecimento de serviços de abortamento ou o fortalecimento do acesso a eles e a qualidade do atendimento dos serviços de abortamento existentes no âmbito nacional e subnacional, de acordo com a legislação vigente, deve estar conduzido por participantes especializados e engajados que possuam uma liderança forte, identificando e recrutando outros participantes, e mobilizando o financiamento e a assistência técnica para sustentar um amplo leque de atividades. Idealmente, a liderança deve estar no seio do ministério ou do departamento de saúde ou em outra instituição com o mandato de influir e mobilizar a ação nacional. Os participantes importantes incluem: representantes de outros ministérios ou departamentos governamentais, como educação, assuntos de gênero e de mulheres, justiça, governo local, bem-estar social e assuntos da juventude; universidades médicas; associações de profissionais de saúde, em especial aquelas de obstetras e ginecologistas, mas também de médicos de família, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos; outros conjuntos de profissionais de saúde pública; defensores da saúde da mulher; organizações não governamentais focadas na mulher, na juventude, na saúde e nos direitos humanos; outros representantes da sociedade civil; e sócios-chaves do desenvolvimento (55).

Os princípios subjacentes ao processo de facilitação ao acesso e à qualidade dos serviços de abortamento incluem o seguinte. O processo deve ser: próprio do país e dirigido pelo país; baseado na evidência; inclusivo de múltiplas perspectivas; participativo; prevendo a equidade de sexo e gênero e a ausência de discriminação; baseado na saúde e nos direitos humanos; e focado no sistema (55).

O fortalecimento dos serviços de abortamento é um desafio político e administrativo, além de constituir uma questão clínica ou técnica. Uma metodologia que tem sido empregada eficazmente é o *Enfoque Estratégico da OMS para fortalecer as políticas e os programas de saúde sexual e reprodutiva* (55-60). O

Enfoque Estratégico começa pela criação de uma equipe de avaliação representativa de um amplo leque de participantes, como os mencionados anteriormente, que conduza uma avaliação de campo para identificar e priorizar as necessidades relacionadas com o acesso ao abortamento e aos serviços de planejamento familiar, a disponibilidade e a qualidade do atendimento. Em função dos achados e das recomendações da equipe de avaliação, é implementado um conjunto de intervenções, de políticas e de programas a uma escala limitada para proporcionar evidência local de viabilidade, eficácia e aceitabilidade. Se as intervenções forem bem-sucedidas, elas serão adaptadas a uma escala superior para terem impacto mais amplo.

Independentemente dos métodos utilizados, é importante que as ações para fortalecer as políticas e os serviços estejam baseadas em uma compreensão profunda do sistema de prestação de serviços, das necessidades dos prestadores de serviços de saúde, das mulheres e do contexto social, cultural, jurídico, político e econômico existente. É importante, ainda, que as múltiplas perspectivas sejam incorporadas. Isto ajuda a assegurar que as recomendações e os planos baseados na avaliação sejam amplamente aceitos e, por conseguinte, mais factíveis de serem implementados. É particularmente relevante incluir as perspectivas das usuárias e potenciais usuárias sobre os serviços, uma vez que são elas a principal fonte para identificar as barreiras existentes para se ter acesso aos mesmos. É fundamental, ainda, que a avaliação verifique o grau de acesso das pessoas aos serviços de saúde sexual e reprodutiva como um todo e, especificamente, o acesso à informação, ao aconselhamento e a métodos anticoncepcionais, porque estes são fatores determinantes na incidência de gravidezes não desejadas.

3.7.1 Avaliação da situação atual

Os contextos locais onde é necessário melhorar a atenção ao abortamento variam consideravelmente em termos de escala, desde o sistema em si até as instalações individuais, ou áreas específicas que precisam ser fortalecidas. Para melhorar as condições das instalações, veja a Secção 3.5.2. No

âmbito nacional ou do sistema de saúde, o primeiro passo para a avaliação da situação atual em relação às gravidezes não desejadas e ao abortamento implica em uma coleta e análise da informação existente sobre:

- leis sobre sexualidade, contracepção e abortamento;
- acordos de direitos humanos ratificados;
- acesso a anticoncepcionais e sua distribuição;
- educação sexual;
- normas e padrões de prestação de serviços;
- currículos das escolas de profissionais de saúde e outros profissionais relevantes;
- disponibilidade de dispositivos médicos e medicamentos relacionados com o abortamento;
- estatísticas de saúde no âmbito institucional e nacional;
- Pesquisas sobre saúde reprodutiva e demográfica;
- pesquisas relevantes;
- cobertura dos seguros de saúde ou outras medidas para reduzir as despesas relativas a serviços de abortamento.

Após a coleta e análise exaustiva da informação existente, a equipe de campo pode desenvolver roteiros de discussão para serem utilizados pelos encarregados da elaboração de políticas e pelos prestadores de serviços de saúde, pelas mulheres e por outros membros relevantes da comunidade. As perguntas orientadoras para realizar uma avaliação de campo poderiam incluir como as políticas, os programas e os serviços poderiam ser fortalecidos para:

- prevenir as gravidezes não desejadas;
- melhorar o grau de acesso ao abortamento seguro e sua disponibilidade;
- melhorar a qualidade da atenção ao abortamento.

O estudo de cada um destes pontos em detalhe ajudará a equipe a identificar e priorizar as

necessidades programáticas e de adoção de políticas mais críticas. Um guia de campo está disponível com informação mais detalhada sobre o processo de condução de uma avaliação estratégica (61) (pode ser acessado em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/familyplanning/RHR_02_11).

3.7.2 Introdução de intervenções para fortalecer a atenção ao abortamento

As novas intervenções sobre políticas e programas devem estar orientadas pelas melhores práticas baseadas na evidência. Grande parte da evidência para as políticas e os programas relativos ao abortamento está refletida nas recomendações apresentadas neste manual. Contudo, os diretores de programas frequentemente querem ter certeza, através da evidência local de viabilidade, eficácia, aceitabilidade e custos, da introdução de mudanças na elaboração de políticas e programas, ou práticas de prestação de serviços, antes de comprometer recursos para sua implementação a uma escala mais ampla. Mesmo quando as intervenções estiverem baseadas nas melhores práticas internacionalmente aceitas, alguma evidência da capacidade para a implementação e a aceitabilidade local entre os membros da comunidade provavelmente seja necessária para facilitar a ampliação e intensificação. De acordo com a qualidade da evidência requerida pelos responsáveis pela elaboração de políticas, a comprovação das intervenções poderia variar desde projetos piloto simples ou de demonstração até pesquisas de implementação mais rigorosas com projetos quase experimentais.

3.7.3 Ampliação e intensificação das políticas e intervenções programáticas

A ampliação e a intensificação têm por objetivo ampliar a capacidade do sistema de saúde para implementação de políticas e intervenções programáticas que se revelaram úteis para melhorar o grau de acesso e a qualidade da assistência para o abortamento. Não raro, considera-se que a ampliação é uma mera questão de implementação de

programas de rotina que não merece uma atenção especial. Após ter sido verificado que um pacote de intervenções foi bem sucedido em um projeto piloto ou de demonstração, espera-se que o mesmo seja adotado pelo sistema de saúde e replicado em todos os níveis, com a convicção de que o sucesso na fase piloto irá garantir, via de regra, a implementação de mudanças em larga escala. Embora isto possa vir a acontecer, normalmente não acontece. O processo através do qual serão replicadas e institucionalizadas as intervenções bem sucedidas a uma escala superior requer planejamento estratégico, gestão, orientação e apoio de forma sistemática. A ampliação e intensificação exigem, ainda, recursos humanos e financeiros suficientes para garantir o processo. O guia para o desenvolvimento de estratégias integrais para ampliação e intensificação e gestão do processo está disponível na OMS em ExpandNet (62-64; <http://www.expandnet.net/tools>).

Os enfoques sistemáticos para ampliação e intensificação (scaling up) reconhecem que o processo deve ser implementado em um contexto complexo de "mundo real", com atores e interesses múltiplos e, frequentemente, antagônicos. Focalizar a atenção em questões de ordem técnica é essencial, porém, as questões políticas, administrativas e de propriedade envolvidas revestem a mesma importância, uma vez que as intervenções para melhorar o acesso e a qualidade da atenção, frequentemente implicam não apenas mudanças nas práticas, mas também nos valores. Isto reveste especial relevância em uma questão como o abortamento seguro.

Normalmente, os sistemas de saúde estão limitados em sua capacidade de oferecer a rede de serviços necessários exigidos pelas políticas atuais e a integração de um novo grupo de intervenções pode ser considerada uma carga adicional sobre um sistema já sobrecarregado. Não obstante, quando a ampliação e intensificação se fazem em forma sistemática e com recursos financeiros e humanos suficientes para respaldá-las, o processo pode ser bem sucedido e contribuir à consecução do objetivo de assegurar o acesso universal à saúde reprodutiva, que inclui o abortamento seguro.

Referências

1. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
3. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
4. Kishen M, Stedman Y. The role of advanced nurse practitioners in the availability of abortion services. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:569–578.
5. Jejeebhoy S et al. Can nurses perform MVA as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 2011, 84:615–621.
6. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965–1972.
7. Shearer JC, Walker DG, Vlassoff M. Cost of post-abortion care in low- and middle-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 108:165–169.
8. Bracken H. Family Planning Association of India (FPAI)/Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 108:228–232.
9. Shannon C et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, 113:621–628.
10. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
11. *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. *Sexual and reproductive health care core competencies for primary health*. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Freedman M et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 1986, 76:550–554.
14. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3(2):1–4.
15. Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:58–63.
16. Iyengar SD. Introducing medical abortion within the primary health system: comparison with other health interventions and commodities. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13:13–19.
17. Yarnell J, Swica Y, Winikoff B. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:61–69.
18. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
19. *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/GC/2003/4).
20. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
22. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.

23. Johnson BR et al. Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:1443–1453.
24. Jowett M. Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
25. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
26. *Model certificate of a pharmaceutical product*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/regulation_legislation/certification/modelcertificate/en/index.html, accessed 1 September 2011).
27. Mitchell EMH et al. Building alliances from ambivalence: evaluation of abortion values clarification workshops with stakeholders in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 2005, 9:89–99.
28. *The abortion option: a values clarification guide for health care professionals*. Washington, DC, National Abortion Federation, 2005.
29. Turner KL, Chapman Page K. *Abortion attitude transformation: a values clarification toolkit for global audiences*. Chapel Hill, Ipas, 2008.
30. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141–158.
31. Dickson-Tetteh K et al. Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:144–150.
32. *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. New York, Population Council, 2000.
33. *PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH)*. Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
34. Yumkella F, Githiori F. *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, Program for International Training in Health (INTRAH), 2000.
35. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2006, 95:209–220.
36. *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva, World Health Organization, 2010.
37. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2009.
38. World Health Organization, UNFPA. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, World Health Organization, 2008.
39. Mulligan EA. Striving for excellence in abortion services. *Australian Health Review*, 2006, 30:468–473.
40. Foy R et al. Theory-based identification of barriers to quality improvement: induced abortion care. *Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17:147–155.
41. Morrison J. Audit of the care of women requesting induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 23:521–524.
42. EngenderHealth, Ipas. *COPE® for comprehensive abortion care: a toolbook to accompany the COPE handbook*. EngenderHealth Quality Improvement Series. New York, EngenderHealth, 2009.
43. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158–166.
44. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250–257.
45. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (Report no. 59).
46. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
47. Hu D et al. Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion. *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14:85–103.

48. Grimes D et al. Abortion in the seventies. In: *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report*. Washington, DC, National Abortion Federation, 1977:41–46.
49. Jones R, Henshaw R. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34:154–161.
50. Finer L, Wei J. Effect of mifepristone on abortion access in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:623–630.
51. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1).
52. Duggal R. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):130–137.
53. Nagma-e-Rehan. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61:169–172.
54. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58/2005/REC/1).
55. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
56. *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization, 1999.
57. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):184-194.
58. Tsogt B, Kisghgee S, Johnson BR. Applying the WHO Strategic Approach to strengthening first and second trimester abortion services in Mongolia. *Reproductive Health Matters*, 2008, 16(31 Suppl.):127–134.
59. *Strategic assessment of policy, quality and access to contraception and abortion in the Republic of Macedonia*. Skopje, Republic Institute for Health Protection, 2008.
60. Jackson E et al. A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi. *Reproductive Health Matters*, 2011, 19:133-143.
61. *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization, 2002.
62. World Health Organization, ExpandNet. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Geneva, World Health Organization, 2009.
63. World Health Organization, ExpandNet. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Geneva, World Health Organization, 2010.
64. World Health Organization, ExpandNet. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and programmatic research for scaling up success*. Geneva, World Health Organization, 2011.

CAPÍTULO 4

Aspectos jurídicos e políticos

Resumo

- O abortamento inseguro é uma das quatro causas principais de mortalidade e morbidade materna. Uma das razões pelas quais são realizados abortamentos inseguros é que, em geral, os serviços de abortamento seguro não estão disponíveis, apesar de serem legais para diversos casos em quase todos os países.
- Tribunais e organizações internacionais, regionais e nacionais de direitos humanos recomendam cada vez mais a legalização do aborto, prestando atendimento médico à mulher em situação de abortamento com vistas a proteger sua vida e sua saúde e, em caso de estupro, unicamente com base em boletim de ocorrência lavrado pela mulher, garantindo que as leis, mesmo que restritivas, sejam interpretadas e executadas de forma a promover e proteger a saúde da mulher.
- Com frequência, barreiras adicionais, codificadas ou não pela lei, impedem que as mulheres tenham acesso aos serviços para os quais são elegíveis e contribuem para um abortamento inseguro, quais sejam: falta de acesso às informações, exigência da autorização de terceiros, restrições quanto aos tipos de prestadores de serviços de saúde e às instalações que podem prestar esses serviços conforme a lei, falta de garantia de acesso a serviços a preço acessível, falta de garantia de confidencialidade e privacidade, e permissão da objeção por razões de consciência sem orientações dos prestadores de serviços de saúde e das instalações de serviços de saúde.
- É necessário um âmbito regulador e político propício para garantir que cada mulher elegível conforme a lei tenha fácil acesso a serviços de abortamento de qualidade. As políticas deveriam

ser adequadas para respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos das mulheres de forma a atingir resultados positivos para sua saúde, oferecer informações e serviços de qualidade ligados ao planejamento familiar e à contracepção, e cuidar das necessidades específicas de mulheres de baixa renda, adolescentes, vítimas de violência sexual e mulheres com HIV.

4.1 A saúde da mulher e os direitos humanos

O abortamento inseguro representa 13% das mortes maternas (1) e 20% do total de casos de mortalidade e deficiências por gravidez e parto (2). Quase todas as mortes e a morbidade decorrentes de abortamentos inseguros ocorrem em países nos quais o abortamento é rigorosamente proibido pela lei e na prática. A cada ano, morrem em torno de 47 000 mulheres por causa de complicações de abortamento inseguro (3) e em torno de 5 milhões de mulheres sofrem disfunções temporárias ou permanentes, incluindo a esterilidade (4). Nos locais com poucas restrições ao acesso a abortamento seguro, a taxa de mortes e doenças cai drasticamente (5). Este capítulo destaca a ligação inextricável entre a saúde da mulher, os direitos humanos e a necessidade de leis e políticas que os promovam e protejam.

A maioria dos governos tem ratificado tratados e convênios internacionais que os comprometem legalmente a proteger os direitos humanos, incluindo os direitos ao melhor padrão de saúde possível, à não-discriminação, à vida, à liberdade e à segurança da pessoa, a não sofrer qualquer tratamento desumano e degradante, à educação e à informação.

Esses direitos são reconhecidos e definidos mais amplamente em tratados regionais, promulgados nas constituições nacionais e nas leis de muitos países.

Levando em conta esses direitos humanos, no processo de revisão e de avaliação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas de 1999 (CIPD+5), os governos acordaram que “nos casos nos quais o abortamento não for punido pela lei, os sistemas de saúde devem treinar e equipar os prestadores de serviços de saúde e tomar outras providências para garantir que os abortamentos sejam acessíveis e seguros.

Medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde da mulher” (6). O documento original, *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para o sistema de saúde*, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003 foi desenvolvido a partir deste mandato (7).

Nos últimos 15 anos, os direitos humanos têm sido aplicados cada vez mais por organismos internacionais e regionais, e tribunais nacionais de direitos humanos, dentre eles, os órgãos de controle da aplicação dos tratados das Nações Unidas no contexto do abortamento (ver Quadro 4.1), recomendando

QUADRO 4.1

Exemplos de aplicação dos direitos humanos para o abortamento seguro no contexto da atenção da saúde reprodutiva integral, por órgãos internacionais e regionais de direitos humanos

Os direitos humanos, da forma como estão consagrados nos tratados internacionais e regionais e nas constituições nacionais, e o trabalho dos órgãos de controle da aplicação dos tratados das Nações Unidas, incluindo seus comentários ou recomendações gerais e as observações conclusivas aos Estados, bem como as decisões de tribunais regionais e nacionais conformam um sistema de referência para prestação de contas no que diz respeito aos direitos humanos nos âmbitos internacional, regional e nacional. Oferecem orientações claras aos Estados (no caso das observações conclusivas, aos Estados individuais) sobre as providências a serem tomadas para garantir o respeito, a proteção e o cumprimento dos direitos humanos.

Os órgãos de controle da aplicação dos tratados das Nações Unidas, os tribunais regionais e nacionais têm prestado mais atenção à questão do abortamento ao longo das últimas décadas, incluindo a mortalidade materna por causa do abortamento inseguro, a criminalização do abortamento e a legislação restritiva que conduz as mulheres a se submeterem a abortamentos ilegais e inseguros. Progressivamente, eles têm instado os Estados a prestar serviços e informações integrais sobre saúde sexual e reprodutiva às mulheres e adolescentes, a eliminar barreiras reguladoras e administrativas que impedem o acesso da mulher aos serviços de abortamento seguro, bem como a oferecer tratamento para as complicações decorrentes de abortamento. Se não o fizerem, os Estados poderão estar descumprindo seus tratados e suas obrigações constitucionais de respeitar, proteger e cumprir o direito à vida, o direito a não ser discriminado, o direito ao melhor padrão de saúde possível, o direito a não sofrer tratamento cruel, inumano e degradante, e os direitos à privacidade, à confidencialidade, à informação e à educação. Eis alguns exemplos das recomendações dos órgãos de controle da aplicação dos tratados das Nações Unidas e as decisões dos tribunais regionais para os Estados:¹

Assegurar um fundamento jurídico abrangente para o abortamento

- Tomar providências para prevenir o abortamento inseguro, como emendar as leis restritivas que representam uma ameaça para a vida das mulheres, incluídas as adolescentes (9).
- Providenciar o abortamento legal nos casos onde continuar com a gravidez pode colocar em risco a saúde das mulheres, incluídas as adolescentes (10).
- Providenciar o abortamento legal para os casos de estupro ou incesto (11).
- Emendar as leis que punem os procedimentos médicos necessários apenas para as mulheres, como o abortamento, bem como as leis que punem as mulheres que se submetem a esses procedimentos (12).

¹ As referências detalhadas refletem um número crescente de comentários/recomendações gerais e observações conclusivas dos órgãos de controle da aplicação dos tratados das Nações Unidas, bem como cláusulas dos tratados regionais e decisões dos tribunais regionais ligadas ao abortamento.

que os Estados emendem as leis que punem os procedimentos médicos necessários apenas para as mulheres, bem como as leis que punem as mulheres que se submetem a esses procedimentos (8), ambas as leis aplicáveis no caso de abortamento. Com vistas a proteger a saúde da mulher e os direitos humanos, esses organismos recomendaram, ainda, que os Estados envidassem esforços para garantir que as mulheres não tivessem de se submeter a abortamentos clandestinos e que o abortamento seja legal, no mínimo, quando a continuação da gravidez põe em risco a vida (9) e a saúde (10) da gestante, bem como em casos de estupro e incesto (11). Além

disso, recomendaram que os Estados garantissem o acesso oportuno e a preço acessível a serviços de saúde de qualidade, de forma a garantir que a mulher dê seu consentimento informado, respeitando-se sua dignidade, assegurando-se a confidencialidade e levando em conta suas necessidades e pontos de vista (8).

Considerando a clara ligação entre o acesso ao abortamento seguro e a saúde da mulher, recomenda-se que as leis e as políticas respeitem e protejam a saúde da mulher e seus direitos humanos.

Quadro 4.1 continuação

Planejar e administrar o atendimento para o abortamento seguro

- Garantir o acesso oportuno a uma rede de serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, também para adolescentes, prestados de forma a assegurar o consentimento informado da mulher, respeitar sua dignidade, garantir sua confidencialidade, e levar em conta suas necessidades e pontos de vista (13).
- Reduzir a morbidade e a mortalidade maternas em adolescentes, especialmente por causa de gravidez precoce e da prática de abortamentos inseguros, e desenvolver e executar programas que ofereçam acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, que incluam planejamento familiar, contracepção e serviços de abortamento seguro para os casos nos quais o abortamento não seja ilegal (14).
- Fornecer informações sobre saúde sexual e reprodutiva e mecanismos para garantir que todas as mulheres, incluídas as adolescentes, tenham acesso às informações sobre serviços de abortamento legal (15).

Eliminar as barreiras reguladoras, políticas e ao acesso

- Abolir a exigência de autorização de um terceiro que interfere com o direito de mulheres e adolescentes de tomar decisões a respeito da reprodução e a ter controle sobre seus corpos (16).
- Eliminar barreiras que impedem o acesso da mulher aos serviços de saúde, como honorários caros para os serviços de atenção médica, a exigência de contar com a autorização do marido, do pai ou das autoridades hospitalares, as longas distâncias até as instalações de saúde e a falta de transporte público adequado e a preço acessível, e garantir, ainda, que o exercício da objeção de consciência não impeça o acesso das pessoas aos serviços aos quais elas têm direito por lei (17).
- Estabelecer um marco legal ou político que permita que as mulheres tenham acesso ao abortamento onde o procedimento médico é permitido por lei (18).

Providenciar tratamento das complicações decorrentes do abortamento

- Providenciar tratamento oportuno das complicações decorrentes do abortamento independentemente da lei sobre o abortamento induzido, para proteger a vida e a saúde da mulher (19).
- Eliminar a prática de tirar confissões com fins judiciais das mulheres que procuram atendimento médico urgente como resultado de um abortamento ilegal e o requisito legal para os médicos e demais funcionários da saúde de informar casos de mulheres que se submeteram a um abortamento (20).

4.2 As leis e sua implementação no contexto dos direitos humanos

As restrições legais ao abortamento não ajudam a diminuir o número de abortamentos nem a aumentar as taxas de natalidade (21, 22). E, inversamente, as leis e políticas que facilitam o acesso ao abortamento seguro não aumentam a taxa ou o número de abortamentos. O efeito principal é passar de procedimentos antes clandestinos e inseguros para procedimentos legais e seguros (21, 23).

As restrições legais ao abortamento não reduzem a necessidade de abortamentos, mas possivelmente contribuam para aumentar o número de mulheres que procuram abortamentos ilegais e inseguros, gerando uma maior morbidade e mortalidade. Além do mais, as restrições legais conduzem muitas mulheres a procurar serviços em outros países ou estados (24, 25), o que é caro, demora o acesso e gera injustiça social. A restrição ao abortamento com a intenção de aumentar a população tem sido bem documentada em muitos países. Em todos os casos, as restrições ao abortamento tiveram como consequência abortamentos ilegais e inseguros e mortalidade ligada à gravidez, com um aumento líquido insignificante na população (26–29).

Na primeira metade do século XX, as leis do abortamento começaram a ser flexibilizadas por meio da legislação ou de aplicações ou interpretações mais amplas da lei, quando começou a ser identificado o alcance do problema do abortamento inseguro na saúde pública. Nos últimos anos da década de 1960, houve uma tendência para a liberalização dos aspectos legais do abortamento. Desde 1985, mais de 36 países têm liberalizado suas leis ligadas ao abortamento, enquanto que apenas uns poucos países restringiram suas leis ainda mais (31). Essas reformas ocorreram tanto por meio de ação judicial quanto de ação legislativa.

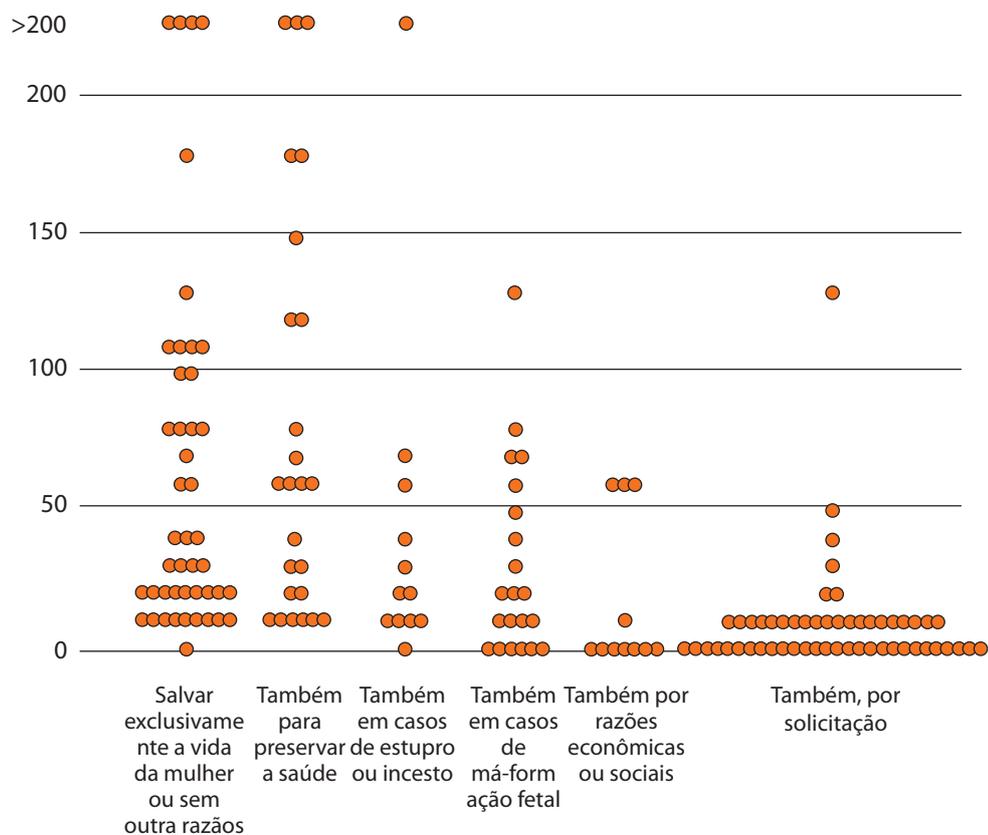
Há cada vez mais evidências sugerindo que nos países onde o abortamento é legal devido a muitas razões socioeconômicas e por solicitação da mulher, e onde há acesso a serviços seguros,

tanto o abortamento inseguro quanto a morbidade e a mortalidade ligadas ao abortamento diminuem (32–35) (ver Figura 4.1).

Cinquenta e sete países, que representam quase 40% das mulheres do mundo todo, permitem o abortamento a pedido da mulher gestante (31, 36). Nesse contexto, a decisão final sobre continuar ou interromper a gravidez é da mulher. Em alguns códigos penais, o abortamento durante toda a gravidez ou até um limite de idade gestacional estabelecido já não está sujeito a restrições legais e também já não é considerado crime definido. Nesses casos, em geral, os serviços de abortamento têm sido integrados ao sistema de saúde e são regulados pelas leis, regulamentações e protocolos médicos aplicados a todos os serviços de saúde. Em torno de 20% das mulheres do mundo vive em países com leis que autorizam o abortamento com base nas circunstâncias sociais e econômicas da mulher (31), incluindo o efeito da continuação da gravidez sobre os filhos existentes e sobre outros membros da família.

No entanto, no mundo, 40% das mulheres em idade fértil vive em países com leis muito restritivas (31, 37) ou nos quais o abortamento, mesmo que legal, não é disponibilizado nem acessível.

Figura 4.1 Mortes atribuíveis ao abortamento inseguro por 100 000 nascidos vivos, em países que permitem o abortamento legalmente



● Cada ponto representa um país

Fonte: Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de saúde primários. *Agora mais do que nunca*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008.

4.2.1 Compreensão das bases legais para o abortamento

4.2.1.1 Quando há risco de vida para a mulher

Quase todos os países permitem o abortamento para salvar a vida da gestante. Isso é coerente com o direito humano à vida, que requer a proteção pela lei, e que inclui os casos nos quais a gravidez representa risco de vida para a mulher ou quando sua vida está em perigo de outra forma (9).

Tanto o estado clínico quanto as condições sociais podem constituir condições que colocam a vida em risco. Alguns países oferecem lista detalhada do que consideram que é um estado clínico que representa risco de vida. Essas listas podem ser interpretadas de forma restritiva ou ser consideradas exaustivas, quando, de fato, visam a exemplificar as situações consideradas ameaça para a vida e não excluem a avaliação clínica do que pode representar risco para a vida de uma mulher específica. Em alguns casos, os médicos sustentam que é preciso fazer um abortamento seguro porque, se não for feito, a mulher vai correr risco de vida por recorrer a um profissional não qualificado (38). Um exemplo de uma condição social que coloca em risco a vida é uma gravidez que afeta a assim chamada “honra” da família. Por exemplo, em algumas sociedades, a gravidez fora do casamento pode trazer como consequência que a mulher seja submetida a violência física ou, inclusive, à morte.

- Mesmo quando a proteção da vida da mulher seja a única razão que permite um abortamento, é essencial que os prestadores de serviços de abortamento estejam capacitados, que os serviços estejam disponíveis e que sua existência seja conhecida, bem como que o tratamento para as complicações do abortamento inseguro seja amplamente disponibilizado. Salvar a vida de uma mulher pode ser necessário em qualquer momento da gravidez e, quando solicitado, o abortamento deve ser feito o mais rapidamente possível de forma a minimizar os riscos para a saúde da mulher. O tratamento das complicações decorrentes do abortamento inseguro deve ser fornecido de forma que preserve a dignidade e a igualdade da mulher.

4.2.1.2 Quando há perigo para a saúde da mulher

O cumprimento dos direitos humanos requer que as mulheres possam ter acesso ao abortamento seguro quando for necessário para proteger sua saúde (10). É amplamente reconhecido que há condições da saúde física que agravam a gravidez e, também, que são agravadas pela gravidez. A área de saúde mental inclui a angústia psicológica ou o sofrimento mental causado, por exemplo, por atos sexuais coagidos ou forçados e o diagnóstico de má-formação fetal (39). Também são levadas em conta as circunstâncias sociais da mulher no momento de avaliar o risco para a saúde.

- Em muitos países, a lei não especifica quais os aspectos da saúde envolvidos, mas apenas estabelece que o abortamento seja permitido para prevenir o risco de danos à saúde da gestante. Como todos os países membros da OMS aceitam sua descrição constitucional da saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções ou doenças” (40), esta descrição de saúde completa está implícita na interpretação das leis que permitem o abortamento para proteger a saúde da mulher.

4.2.1.3 Quando a gravidez é decorrente de estupro ou incesto

A proteção da mulher de tratamento cruel, inumano e degradante exige que aquela que engravidar como resultado de atos sexuais coagidos ou forçados possa ter acesso aos serviços de abortamento (41). Quase 50% dos países reflete esse padrão e permite o abortamento no caso específico de estupro, ou mais geralmente, quando a gravidez é resultado de um ato criminoso, como no caso de incesto (36). Alguns países requerem, como evidência, que a mulher denuncie esse ato às autoridades. Outros requerem evidência forense de penetração sexual ou uma investigação policial que avalie que o ato sexual foi involuntário ou abusivo. As demoras decorrentes desses requisitos podem resultar na negação desses serviços à mulher por ter sido ultrapassado o limite de idade gestacional estabelecido pela lei. Em muitos contextos, a mulher que foi vítima de estupro

pode ter medo de ser estigmatizada pela polícia e outros, evitando, portanto, denunciar o estupro e impedindo, dessa forma, seu acesso ao abortamento legal. Qualquer uma dessas duas situações pode levar a mulher a procurar os serviços clandestinos e inseguros para interromper sua gravidez.

- É preciso que sejam prestados serviços rápidos de abortamento seguro com base na denúncia da mulher e não exigir evidências forenses ou perícia policial (42, 43). Os requisitos administrativos devem ser minimizados e devem ser estabelecidos protocolos claros, tanto para a polícia quanto para os prestadores de serviços de saúde, pois isso facilitará a derivação e o acesso ao serviço (44, 45).

4.2.1.4 Quando há má-formação fetal

Cada vez mais, países que normalmente têm leis de abortamento restritivas, estão permitindo o abortamento quando há diagnóstico de má-formação ou anomalia fetal por causas genéticas ou outras. Muitos países especificam os tipos de má-formação, como as que são consideradas incompatíveis com a vida ou com a vida independente, enquanto outros oferecem listas de más-formações (36). Essas listas tendem a ser restritivas e, portanto, são uma barreira para o acesso da mulher aos serviços de abortamento seguro. Em alguns países, a lei não faz referência a más-formações fetais, no entanto, considera que a proteção da saúde ou motivos sociais deve abranger a agonia da gestante decorrente do diagnóstico de má-formação fetal (46, 47).

- O atendimento pré-natal e outros serviços de diagnóstico médico não podem ser recusados legalmente porque a mulher pode resolver interromper sua gravidez. A gestante tem direito de conhecer o estado de sua gravidez e de agir de acordo com essas informações.

4.2.1.5 Por razões econômicas e sociais

Nos países nos quais o abortamento é permitido por razões econômicas e sociais, a fundamentação legal está ligada ao fato de que a continuação da gravidez possa afetar as circunstâncias atuais ou previsíveis da mulher, incluindo sua possibilidade de atingir a melhor condição de saúde possível. Algumas leis especificam as razões admissíveis, quais sejam: gravidez fora do casamento, falha no método anticoncepcional, ou deficiência intelectual que afeta a capacidade de cuidar de uma criança, enquanto que outras apenas as sugerem (48). A lei também pode supor angústia como resultado da alteração das circunstâncias, por exemplo, a angústia de cuidar e satisfazer as necessidades de um filho adicional aos membros já existentes da família.

4.2.1.6 Por solicitação

Quase um terço dos Estados membros das Nações Unidas permite o abortamento mediante solicitação livre e informada da gestante (36). A autorização do abortamento mediante pedido foi dada na medida em que os países foram reconhecendo que as mulheres buscam o abortamento por uma das razões antes referidas e, com frequência, por várias dessas razões, e porque aceitam a legitimidade de todas elas, sem exigir uma razão específica. Esse fundamento legal reconhece as condições para a liberdade de escolha da mulher. A maioria dos países que permitem o abortamento por exclusiva solicitação da mulher estabelece limitações a esse fundamento em função da idade gestacional.

4.2.1.7 Limites em função da idade gestacional

As leis ou políticas que impõem limites ligados à idade gestacional para a realização do abortamento podem ter consequências negativas para as mulheres que ultrapassaram esse prazo. Essas políticas ou leis obrigam algumas mulheres a procurar serviços de prestadores inseguros ou a induzir o abortamento com misoprostol ou com métodos menos seguros, ou, então, a procurar serviços em outros países, o que é caro, torna mais demorado o acesso, aumentando o risco para a saúde e gerando injustiça social.

Além do mais, alguns contextos de prestação de serviços restringem os serviços oferecidos em função de prazos de gestação que não estão baseados em evidências. Por exemplo, alguns países oferecem serviços ambulatoriais de abortamento apenas até a oitava semana de gestação, quando poderiam ser prestados de forma segura até depois das semanas 12 a 14 (ver Capítulos 2 e 3). Ainda, alguns países oferecem aspiração a vácuo apenas até a sexta ou oitava semana de gestação, quando os prestadores de serviços de saúde capacitados podem oferecê-la de forma segura até as semanas 12 a 14. Essas políticas também promovem o uso contínuo de procedimentos menos seguros, como a dilatação e a curetagem.

4.2.2 Barreiras legais, reguladoras ou administrativas para o acesso ao abortamento seguro no contexto dos direitos humanos

O fundamento jurídico e o alcance de sua interpretação são apenas uma dimensão do âmbito jurídico que afeta o acesso da mulher ao abortamento seguro. As barreiras do sistema de saúde e da prestação de serviços, conforme apresentadas no Capítulo 3, também podem estar estabelecidas nas leis, regulamentações, políticas e práticas. As leis, políticas e práticas que restringem o acesso às informações e aos serviços de abortamento podem desencorajar a mulher de procurar atendimento e geram um efeito dissuasor (supressão das ações por causa do medo das represálias ou castigos) para a prestação de serviços seguros e legais. Exemplos de barreiras:

- proibir o acesso às informações sobre serviços de abortamento legais ou não oferecer informações públicas sobre a situação jurídica do abortamento;
- exigir a autorização de um terceiro por um ou mais profissionais médicos ou um comitê hospitalar, tribunal ou polícia, pai ou tutor ou parceiro ou marido da gestante;
- restringir os métodos disponíveis de abortamento, incluídos os métodos cirúrgicos e farmacológicos, por exemplo, por meio da falta de aprovação regulamentar dos medicamentos essenciais;

- restringir a variedade de prestadores de serviços de saúde e de instalações que podem prestar serviços de forma segura, por exemplo, médicos em instalações com hospitalização e equipamento sofisticado;
- não assegurar a derivação em caso de objeção por razões de consciência;
- exigir períodos de espera obrigatórios;
- censurar, ocultar ou distorcer intencionalmente as informações ligadas à saúde;
- excluir do seguro de saúde a cobertura para serviços de abortamento, ou não eliminar ou reduzir os honorários para mulheres de baixa renda e adolescentes (vide Capítulo 3);
- não garantir a confidencialidade e a privacidade, inclusive para o tratamento das complicações do abortamento (vide Capítulo 3);
- exigir que a mulher informe os nomes dos profissionais antes de prestar o tratamento das complicações do abortamento ilegal;
- interpretar o fundamento jurídico de forma restritiva.

Essas barreiras contribuem para o abortamento inseguro porque:

- desencorajam a mulher de procurar atendimento e os provedores de prestar serviços dentro do sistema formal de saúde;
- geram demoras no acesso aos serviços, podendo ter como resultado a não prestação dos serviços devido aos limites estabelecidos por lei à idade gestacional;
- geram procedimentos administrativos complexos e cansativos;
- aumentam os custos de acesso aos serviços de abortamento;
- limitam a disponibilidade dos serviços e sua distribuição geográfica equitativa.

A seguir, são apresentadas barreiras políticas seleccionadas.

4.2.2.1 Acesso às informações

O acesso às informações é um determinante-chave do abortamento seguro. A legislação penal, incluindo o fornecimento de informações ligadas ao abortamento, e a estigmatização do abortamento desencoraja muitas mulheres de solicitar informações sobre os serviços de abortamento a seus prestadores habituais de serviços de saúde. Possivelmente a mulher prefira não consultar seu prestador habitual de serviços de saúde ou procurar atendimento fora de sua comunidade.

Número expressivo de mulheres e prestadores de serviços de saúde (bem como policiais e funcionários dos tribunais) ignoram o que a lei autoriza no tocante ao abortamento (50, 51). Por exemplo, num país onde o abortamento é permitido até as 20 semanas de gestação para proteger a saúde da mulher e no caso de falha do método anticoncepcional, uma enquête revelou que mais de 75% das mulheres e dos homens casados não sabiam que o abortamento era legal nessas circunstâncias (52). As políticas ou regulamentações da saúde pública podem incluir cláusulas especiais que esclarecem como interpretar uma lei sobre o abortamento. No entanto, em muitos países não há interpretações formais ou regulamentações favoráveis (53). O medo de violar uma lei gera um efeito dissuasor. A mulher é desencorajada de procurar os serviços com o prestador formal de serviços de saúde. Os profissionais da saúde tendem a ser excessivamente precavidos na hora de resolver se a situação cumpre com o embasamento jurídico do abortamento e, conseqüentemente, negam à gestante os serviços aos quais ela tem direito do ponto de vista legal. Em outros casos, as informações são insuficientes ou contraditórias, por exemplo, a respeito das doses adequadas de medicamentos para abortamento farmacológico.

- O fornecimento de informações sobre o abortamento legal e seguro é crucial para proteger a saúde e os direitos humanos da mulher. Os Estados devem descriminalizar o fornecimento de informações ligadas ao abortamento legal, bem como oferecer orientações claras sobre como interpretar e aplicar as leis pertinentes, e informações sobre como e quando acessar

serviços legais. Os legisladores, juízes, advogados e formuladores de políticas também devem entender a importância do acesso legal a serviços de abortamento seguros disponibilizados por meio de capacitação ou de outras informações adequadamente orientadas no que diz respeito aos direitos humanos e à saúde.

4.2.2.2 Autorização de terceiros

O requisito da autorização paterna ou de parceiro pode desencorajar a mulher de procurar serviços legais e seguros (54). O acesso ao atendimento também pode ser demorado de forma desnecessária por procedimentos difíceis de autorização médica, especialmente onde os especialistas ou os comitês hospitalares requeridos são inacessíveis. O requisito de autorização do marido, do pai ou de autoridades hospitalares pode violar o direito da mulher à privacidade e ao acesso ao atendimento médico baseado na igualdade de homens e mulheres (8, 16). Negociar os procedimentos de autorização sobrecarrega de forma desproporcionada mulheres de baixa renda e adolescentes, bem como aquelas com pouca educação e aquelas submetidas a, ou em risco de, conflitos e violência doméstica, gerando desigualdade no acesso. A autorização paterna, com frequência baseada num limite de idade arbitrário, nega o reconhecimento das capacidades evolutivas das mulheres jovens (55).

- Não deve ser exigida a autorização de terceiros à mulher para obter serviços de abortamento. Para proteger os interesses e o bem-estar das menores, e levando em conta suas capacidades evolutivas, as políticas e as práticas devem encorajar, mas não exigir, o compromisso dos pais por meio do apoio, da informação e da educação (ver Capítulo 3).

4.2.2.3 Provisão de medicamentos essenciais

Os métodos farmacológicos de abortamento podem não estar disponíveis por causa da falta de aprovação regulamentar ou registro dos medicamentos essenciais. Apesar de o mifepristone e o misoprostol terem sido incluídos na lista modelo de medicamentos essenciais da OMS desde 2005 (56, 57), muitos países

ainda não os registraram ou não os incluíram em sua relação nacional de medicamentos essenciais. Às vezes, também há restrições legais à distribuição de medicamentos depois de sua aprovação.

- O registro e a distribuição de volumes adequados de medicamentos para o abortamento farmacológico (ver Capítulo 3) são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços de abortamento, no caso de qualquer disposição legal. O acesso aos medicamentos essenciais também é necessário para evitar lesões à saúde da mulher, decorrentes do uso de medicamentos não registrados, comprados por canais sem controle de qualidade.

4.2.2.4 Regulamentação das instalações e dos prestadores de serviços de saúde

As restrições às instalações (por exemplo, unicamente nível terciário) ou à variedade de prestadores de serviços de saúde (por exemplo, somente ginecologistas) legalmente autorizados a prestar serviços de abortamento reduzem a disponibilidade dos serviços e sua distribuição geográfica equitativa, o que obriga a mulher a se deslocar, percorrendo longas distâncias para obter o atendimento, portanto, aumentando os custos e demorando o acesso (58).

- A regulamentação das instalações e dos prestadores de serviços de saúde deve basear-se na evidência para proteger contra requisitos arbitrários, de medicalização excessiva ou de outra forma irracionais. A regulamentação das instalações e dos prestadores de serviços de saúde deve basear-se nos critérios atualmente requeridos para oferecer atenção ao abortamento seguro (ver Capítulo 3). A aspiração a vácuo e os métodos farmacológicos recomendados no Capítulo 2 podem ser prestados de forma segura no nível de atenção primária à saúde por prestadores de serviços de saúde de nível médio (59, 60). A regulamentação dos prestadores de serviços de saúde e das instalações deve estar focada em garantir que possam ser oferecidos os métodos recomendados pela OMS de forma segura e eficaz.

4.2.2.5 Objeções de consciência

Às vezes, os profissionais de saúde se recusam a prestar serviços de abortamento baseados em objeções de consciência ao procedimento, mas não encaminham a gestante a um provedor de abortamento. Quando não há provedor de abortamento disponível rapidamente, a atenção da mulher em necessidade de abortamento seguro é postergada, aumentando os riscos para sua vida e sua saúde. Embora as leis internacionais de direitos humanos protejam o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, elas também estabelecem que a liberdade de manifestar a religião ou as próprias crenças poderia estar sujeita às limitações necessárias para proteger os direitos fundamentais de outras pessoas (61). Portanto, as leis e regulamentações não devem facultar os prestadores de serviços de saúde e as instituições a impedir o acesso da mulher a serviços de saúde autorizados (62).

- Os profissionais da saúde que argumentam objeção de consciência devem encaminhar a gestante a outro prestador de serviços de saúde disposto e capacitado no mesmo centro de saúde ou em outro centro de fácil acesso, de acordo com a lei nacional. Se não for possível encaminhá-la a outro profissional, o profissional que recusa prestar o serviço de abortamento deve fazê-lo para salvar a vida da mulher e prevenir lesões a sua saúde. Os serviços de saúde devem estar organizados de forma a garantir que o exercício eficaz da liberdade de consciência dos profissionais de saúde no contexto profissional não impeça que a gestante tenha acesso aos serviços aos quais ela tem direito de acordo com a legislação pertinente.

4.2.2.6 Períodos de espera

Com frequência, as leis ou regulamentações, ou os procedimentos administrativos impostos pelas instalações ou os prestadores individuais de serviços de saúde exigem períodos de espera obrigatórios. Esses períodos podem demorar o atendimento, podendo comprometer a capacidade da mulher para ter acesso a serviços de abortamento autorizados e seguros, bem como degradar a mulher como pessoa apta para tomar decisões (24, 43).

- Os Estados e outros prestadores de serviços de saúde devem garantir que a atenção ao abortamento seja prestada de tal forma que respeite a mulher como pessoa capaz de tomar decisões. Os períodos de espera não devem comprometer o acesso da mulher aos serviços de abortamento legal e seguro. Os Estados devem pensar na possibilidade de eliminar os períodos de espera que não sejam clinicamente necessários e a ampliação dos serviços para atender rapidamente todas as mulheres com direito a eles.

4.2.2.7 Censurar, ocultar ou distorcer intencionalmente as informações ligadas à saúde

A mulher tem direito a estar totalmente informada sobre suas opções para receber um atendimento médico por pessoal devidamente capacitado, incluindo as informações sobre possíveis benefícios e efeitos adversos dos procedimentos propostos e sobre as alternativas disponíveis (8). Censurar, ocultar ou distorcer intencionalmente as informações sobre os serviços de abortamento pode ter como consequência a falta de acesso aos serviços ou demoras que aumentam os riscos para a saúde da mulher. O fornecimento de informações é uma parte fundamental dos serviços de abortamento de qualidade (ver Quadro 4.2 e Capítulo 2 "Informação e aconselhamento").

As informações devem ser completas, exatas e fáceis de entender, e devem ser fornecidas de forma a ajudar a mulher para que possa dar livremente seu consentimento informado, bem como respeitar sua dignidade, garantir sua privacidade e confidencialidade, e levar em conta suas necessidades e pontos de vista (8).

- Os Estados devem abster-se de limitar o acesso aos meios para a manutenção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo censurar, ocultar ou distorcer intencionalmente as informações ligadas à saúde (63).

4.2.2.8 Acesso ao tratamento para as complicações do abortamento

Os prestadores de serviços de saúde têm obrigação de oferecer atendimento médico para salvar a vida de qualquer mulher que sofra complicações ligadas ao abortamento, incluindo o tratamento das complicações do abortamento inseguro, independentemente dos fundamentos jurídicos do abortamento (19). No entanto, em alguns casos, o tratamento das complicações decorrentes de abortamento é prestado unicamente quando a mulher fornece informações sobre as pessoas que realizaram o abortamento ilegal. Isso tem sido considerado tortura e tratamento desumano e degradante (20).

QUADRO 4.2

Informações essenciais para a mulher

- A mulher tem direito a decidir livre e responsabilmente se quer ter um filho e quando, sem coerção, discriminação ou violência.
- Como ocorre uma gravidez, seus sinais e sintomas, e onde conseguir um teste de gravidez.
- Como prevenir uma gravidez não desejada, incluindo onde e como obter métodos contraceptivos, incluindo preservativos.
- Onde e como obter serviços de abortamento legal e seguro e seu preço.
- Os detalhes das limitações legais sobre a idade gestacional máxima para fazer um abortamento.
- O abortamento é um procedimento muito seguro, mas o risco de complicações aumenta na medida em que aumenta a idade gestacional. Como reconhecer as complicações do abortamento espontâneo e do abortamento inseguro, a importância vital de procurar tratamento imediatamente, e quando e onde obtê-lo.

- É preciso eliminar a prática de tirar confissões das mulheres que procuram atendimento médico urgente como resultado de um abortamento ilegal e o requisito legal para os médicos e demais funcionários da saúde de informar casos de mulheres que se submeteram a um abortamento. Os Estados têm a obrigação de oferecer tratamento imediato e incondicional a qualquer pessoa que procure atendimento médico urgente (19, 20, 41).

4.2.2.9 Interpretação restritiva das leis sobre o abortamento

O respeito, a proteção e o cumprimento dos direitos humanos requer que os governos garantam que os serviços de abortamento autorizados pela lei sejam acessíveis na prática (10, 64). Devem existir mecanismos institucionais e administrativos para proteger contra interpretações excessivamente restritivas do embasamento jurídico. Esses mecanismos devem permitir a revisão, por um órgão independente, das decisões do prestador do serviço ou do administrador da instalação, levar em conta os pontos de vista da gestante e emitir uma decisão oportuna sobre os processos de revisão (64).

4.3. Criação de um ambiente propício

É necessário um âmbito propício para garantir que cada mulher elegível conforme a lei tenha fácil acesso à atenção ao abortamento seguro. As políticas deveriam estar focadas em respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos das mulheres de forma a atingir resultados positivos para a saúde da mulher, oferecer informações e serviços de qualidade ligados à contracepção, e cuidar das necessidades específicas de grupos como mulheres de baixa renda, adolescentes, vítimas de violência sexual e mulheres com HIV. O respeito, a proteção e o cumprimento dos direitos humanos requer a existência de políticas e regulamentações integrais que cuidem de todos os elementos referidos na Seção 4.2.2 para garantir que o abortamento seja seguro e acessível. É preciso rever as políticas

preexistentes para determinar a presença de lacunas e aspectos a serem melhorados (ver Capítulo 3).

As políticas devem visar a:

- respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos da mulher, incluindo a dignidade, a autonomia e a igualdade da mulher;
- promover e proteger a saúde da mulher, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social;
- minimizar a taxa de gravidez indesejada por meio do fornecimento de informações e serviços contraceptivos de qualidade, que incluem uma grande variedade de métodos contraceptivos, contracepção de emergência e educação sexual integral;
- prevenir e tratar o estigma e a discriminação contra mulheres que procuram serviços de abortamento ou tratamento para as complicações decorrentes do abortamento;
- reduzir a mortalidade e a morbidade maternas decorrentes de abortamentos inseguros, garantindo que toda mulher com direito ao atendimento para o abortamento legal possa ter acesso a serviços oportunos e seguros, incluindo a contracepção posterior ao abortamento;
- satisfazer as necessidades específicas das mulheres pertencentes a grupos vulneráveis e desfavorecidos, como mulheres de baixa renda, adolescentes, solteiras, refugiadas, desalojadas, mulheres com HIV e sobreviventes de estupro.

Embora as condições dos sistemas nacionais de saúde e as limitações quanto a recursos sejam diferentes nos diferentes países, todos eles podem tomar medidas imediatas e enfocadas para estabelecer políticas integrais que ampliem o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a assistência ao abortamento seguro.

Referencias

1. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.
2. *Global burden of disease 2004 update*. Geneva: World Health Organization, 2008.
3. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
4. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
5. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31:1149–1158.
6. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999.
7. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. United Nations, 1999.
9. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*, 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Ecuador*, 18 August 1998. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Poland*, 2 December 2004. United Nations. Human Rights Committee. *Concluding observations: Madagascar*, 11 May 2007. United Nations, Human Rights Committee. *Concluding observations: Chile*, 18 May 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Colombia*, 26 May 2004. United Nations; Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*, Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Nepal*, 24 September 2001. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.

10. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding observations: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Dominican Republic*, 18 August 2004. United Nations; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations; Nepal*, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Malta*, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding observations: Chile*, 1 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Costa Rica*, 22 April 2008; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee on the Rights of the Child. *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007; *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*, 5 February 1999, United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007; United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Liechtenstein*, 10 August 2007. United Nations. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: El Salvador*, 18 November 2010. United Nations; Human Rights Committee. *Concluding observations: Guatemala*, 27 August 2001. United Nations.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Honduras*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Committee on the Rights of the Child, *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. United Nations, 2003; Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations: Chile*, 23 April 2007. United Nations. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, adopted 11 July 2003, Article 14.2. Maputo, African Commission on Human and People's Rights.
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.

15. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12) United Nations, 2000; Committee on the Rights of the Child. *General comment no. 4 Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. 01 July 2003. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Council of Europe, 2007 (Application no. 5410/03); European Court of Human Rights. *Case of Open Door Counselling and Dublin Well Woman v. Ireland*, 1992, Series A, no. 246. Council of Europe.
16. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women* (article 3). United Nations 2000; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999.
17. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health* (article 12). United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Colombia*. United Nations, 1999; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Nicaragua*, 2 February 2007. United Nations; Human Rights Committee *Concluding observations: Zambia*, 9 August 2007. United Nations; European Court of Human Rights, *R.R. v. Poland*, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R, Council of Europe, 2011.
18. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Tysiac v. Poland*, App. no. 5410/03. Council of Europe, 2007; European Court of Human Rights. *A.B.C. v. Ireland*, App. no. 25579/05. Council of Europe, 2004.
19. Committee against Torture. *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Sri Lanka*, 1 February 2002. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding comments: Mauritius*, 17 March 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Chile*, 25 August 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations: Honduras*, 10 August 2007. United Nations.
20. Committee against Torture *Concluding observations on Chile*, 14 June 2004. United Nations.
21. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
22. Levine PB, Staiger D. Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223–243.
23. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
24. Joyce et al. *The impact of state mandatory counselling and waiting period laws on abortion: a literature review*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
25. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
26. David HP. Soviet Union. In: *Abortion research: international experience*. HP David, ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1974.
27. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):76–87.
28. Zhirova IA et al. Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation. *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):178–188.

29. *Millennium development goals in Russia: looking into the future*. Moscow, United Nations Development Programme, 2010.
30. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 2003, 25:1–59.
31. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
32. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
33. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
34. Jewkes R et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 112:355–359.
35. *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
36. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
37. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
38. Oye-Adeniran BA, Umoh AV, Nnatu SNN. Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–22.
39. Human Rights Committee. *Karen Noella Llantoy Huaman v. Peru*. Communication no. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, 2005. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; Committee against Torture. *Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
40. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Human Rights Committee. *General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3)*. 20 March 2000. United Nations.
42. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.
43. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
44. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:87–95.
45. Villela WV, Oliveira Araujo M. Making legal abortion available in Brazil: partnership in practice. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:77–82.
46. Cook RJ, Ngwenya CG. Women’s access to health care: the legal framework. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 94:216–225.
47. Cook RJ et al. Prenatal management of anencephaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102:304–308.
48. Becker D, Garcia SG, Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among Mexican youth. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
49. Goldman LA et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*, 2005, 2:10.
50. Jewkes R et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1236–1242.
51. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 2006, 3:7.

52. Iyengar K, Iyengar SD. Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
53. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
54. Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the developing world*. London and New York, Zed Books, 1999.
55. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.
56. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
57. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. *Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists*. Seattle, WA, PATH, 2006.
58. Scott Jones B, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(4):623–630.
59. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368:1965–1972
60. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155–1161.
61. International Covenant on Civil and Political Rights, entry into force 23 March 1976, Article 18. United Nations.
62. European Court of Human Rights, *Kontakt-information-Therapie and Hagen v. Austria*, 57 Eur. Ct. H.R. 81. Council of Europe, 1988.
63. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health* (article 12), 2000. United Nations.
64. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *L.C. v. Peru*, CEDAW/C/50/D/22/2009, 4 November 2011. United Nations; European Court of Human Rights. *Case of Tysiac v. Poland*. Application no. 5410/03. Council of Europe, 2007; *Paulina del Carmen Ramirez Jacinto, Mexico, Friendly Settlement, Report No. 21/07, Petition 161–01, 9 March 2007*. Inter-American Commission on Human Rights, 2007.

ANEXO 1

Lacunas na pesquisa identificadas durante a consulta técnica

- A eficácia das doses mais baixas de misoprostol (como 600 µg) quando utilizadas após o mifepristone (200 mg) em baixas idades gestacionais ou para determinadas vias de administração.
- Se existe ou não um benefício quando se utiliza uma dosagem inicial mais alta do que a dose repetida de misoprostol durante o abortamento farmacológico no segundo trimestre.
- Identificação do esquema combinado mais eficaz para o abortamento farmacológico entre as 9 e as 12 semanas de gestação.
- Identificação do intervalo entre o mifepristone e o misoprostol preferido pelas mulheres, uma vez que o momento de máxima eficácia para o abortamento é entre as 24 e as 48 horas.
- Avaliar se a preparação do colo uterino possui um efeito sobre a dor que sentem as mulheres durante o abortamento cirúrgico.
- Avaliar se a preparação do colo uterino possui um efeito sobre as complicações do abortamento cirúrgico no final do primeiro trimestre (9 a 12 semanas de gestação).
- Os riscos e benefícios da preparação do colo uterino e se os mesmos variam conforme o grau de experiência do provedor.
- Identificação de se a farmacocinética do carboprost é semelhante à do gemeprost.
- Avaliação dos algoritmos para o acompanhamento após o abortamento farmacológico e cirúrgico.
- Avaliação da segurança do uso de anticoncepcionais (especificamente DIU, implantes e injetáveis) após o abortamento farmacológico.
- Avaliação do período seguro de espera após um abortamento séptico para poder inserir um DIU.
- Avaliação das melhores opções para manejo da dor tanto para abortamentos no primeiro trimestre como no segundo trimestre, inclusive o momento oportuno para administração de medicamentos.
- Avaliação do papel dos incentivos aos profissionais de saúde para provisão de abortamento e se isso afeta de um modo diferente o acesso aos serviços de abortamento.
- Identificação de quanto as mulheres pagam pelos abortamentos e se esta informação pode ser utilizada para fornecer serviços mais equitativos.
- Avaliação do efeito da Internet, telemedicina, marketing social e outros serviços semelhantes sobre a disponibilização de abortamento seguro e o acesso a serviços de abortamento.

ANEXO 2

Perguntas e resultados finais relacionados com o sistema GRADE

1. Quando o mifepristone não estiver disponível, qual é o método recomendado de abortamento farmacológico até as 12 semanas de gestação?
 - a. Resultado 1: não é possível finalizar o abortamento
 - b. Resultado 2: continuação da gravidez
 - c. Resultado 3: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - d. Resultado 4: intervalo de abortamento desde o início do tratamento
 - e. Resultado 5: outras complicações relacionadas com o procedimento

2. Que método de controle da dor deve ser utilizado para o abortamento cirúrgico de 12 a até as 14 semanas de gestação?
 - a. Resultado 1: eficácia na diminuição da dor devido ao procedimento
 - b. Resultado 2: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - c. Resultado 3: complicações relacionadas com os métodos de controle da dor

3. 3. Devem ser utilizados antibióticos para prevenir infecções posteriores ao abortamento?
 - a. Resultado 1: infecção
 - b. Resultado 2: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - c. Resultado 3: complicações
 - d. Resultado 4: custo

4. Qual o regime médico para o abortamento até as 12 semanas de gestação?¹
 - a. Resultado 1: não é possível finalizar o abortamento
 - b. Resultado 2: continuação da gravidez
 - c. Resultado 3: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - d. Resultado 4: intervalo de abortamento desde o início do tratamento
 - e. Resultado 5: outras complicações relacionadas com o procedimento

5. Qual é o método recomendado para o abortamento depois das 12 semanas de gestação?
 - a. Resultado 1: não é possível finalizar o abortamento
 - b. Resultado 2: continuação da gravidez
 - c. Resultado 3: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - d. Resultado 4: intervalo de abortamento desde o início do tratamento
 - e. Resultado 5: outras complicações relacionadas com o procedimento

6. Como deve ser tratado o abortamento incompleto?
 - a. Resultado 1: não é possível finalizar o abortamento
 - b. Resultado 2: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - c. Resultado 3: intervalo de abortamento desde o início do tratamento
 - d. Resultado 4: outras complicações relacionadas com o procedimento

7. Que método de abortamento farmacológico deve ser utilizado depois das 12 semanas de gestação?
 - a. Resultado 1: abortamento completo
 - b. Resultado 2: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - c. Resultado 3: complicações relacionadas com o procedimento
 - d. Resultado 4: intervalo de abortamento desde o início do tratamento

8. 8. Como deve ser realizada a preparação do colo uterino antes do abortamento cirúrgico?
 - a. Resultado 1: dilatação do colo do útero satisfatória
 - b. Resultado 2: grau (em mm) de dilatação do colo do útero
 - c. Resultado 3: aceitação da paciente
 - d. Resultado 4: duração do procedimento
 - e. Resultado 5: intervalo desde o tratamento ao abortamento completo
 - f. Resultado 6: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - g. Resultado 7: complicações

9. É necessária a preparação do colo uterino antes do abortamento cirúrgico?
 - a. Resultado 1: sem necessidade de mais dilatação
 - b. Resultado 2: grau (em mm) de dilatação do colo uterino
 - c. Resultado 3: preferência da paciente
 - d. Resultado 4: complicações

10. Que métodos de controle da dor devem ser utilizados para o abortamento farmacológico?
- Resultado 1: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - Resultado 2: complicações
 - Resultado 3: intervalo de abortamento desde o início do tratamento
 - Resultado 4: eficácia no alívio da dor pelo procedimento
11. Deve-se recomendar a realização de uma ecografia antes do abortamento?
- Resultado 1: complicações
 - Resultado 2: não é possível finalizar o abortamento
12. Que método de abortamento cirúrgico deve ser utilizado antes das 12 semanas de gestação?
- Resultado 1: não é possível finalizar o abortamento
 - Resultado 2: efeitos colaterais (gerais, individuais)
 - Resultado 3: outras complicações relacionadas com o procedimento
13. Deve ser realizado um seguimento de rotina nas mulheres depois de um abortamento induzido?
- Resultado 1: complicações
 - Resultado 2: custo
 - Resultado 3: aceitação da paciente

¹ Observe-se que nas recomendações (Anexo 5) esta pergunta foi separada em duas recomendações, em função da idade gestacional de menos de 9 semanas e a idade gestacional entre 9 e 12 semanas.

ANEXO 3

Critérios padrão do sistema GRADE para classificar a evidência

Ver as referências 19–23.

Domínio	Grau	Características
Desenho do estudo	0	Todos os ensaios randomizados controlados
	-1	Todos os estudos observacionais
Limitações do desenho do estudo	0	A maior parte do efeito combinado proporcionado pelos estudos com risco de viés baixo
	-1	A maior parte do efeito combinado proporcionado pelos estudos com risco de viés moderado ou alto
	-2	A maior parte do efeito combinado proporcionado pelos estudos com risco de viés moderado ou alto
	Nota:	<p><i>Risco de viés baixo:</i> sem limitações ou com limitações menores</p> <p><i>Risco de viés moderado:</i> limitações graves ou limitações potencialmente muito graves que incluem alocação oculta ou mascaramento pouco claro ou limitações graves, sem incluir limitações sobre a randomização ou o mascaramento.</p> <p><i>Risco de viés alto:</i> limitações para a randomização, alocação oculta ou mascaramento, que inclui uma pequena randomização em blocos (<10) ou outras limitações metodológicas muito graves e cruciais.</p>
Inconsistência	0	Heterogeneidade não grave ($I^2 < 60\%$ o $\chi^2 \geq 0,05$)
	-1	Heterogeneidade grave, sem explicação ($I^2 \geq 60\%$ o $\chi^2 < 0,05$) Se a heterogeneidade pôde estar causada por viés de publicação ou imprecisão devido a estudos pequenos, classificar com um grau inferior só pelo viés de publicação ou pela imprecisão (isto é, a mesma fraqueza não deve ser contada duas vezes na diminuição do grau)
Valor indireto	0	Sem valor indireto
	-1	Presença da comparação, população, intervenção, comparador ou resultado indiretos
Imprecisão	0	O intervalo de confiança é preciso conforme a figura seguinte
		A população total acumulada do estudo não é muito pequena (isto é, o tamanho da amostra é maior que 300 participantes) e o número total de eventos é maior que 30
		Uma das condições mencionadas anteriormente não foi cumprida.
	-1	Uma das condições mencionadas anteriormente não foi cumprida.
	-2	As duas mencionadas anteriormente não foram cumpridas
	Nota:	Se o número total de eventos for menor que 30 e o tamanho total acumulado da amostragem for adequadamente grande (por exemplo, mais de 3000 participantes), considerar não classificar com um grau inferior ao da evidência. Se não houver eventos em ambos os grupos de intervenção e controle, a qualidade da evidência no resultado específico deve ser considerada como muito baixa.
Viés da publicação	0	Sem assimetria evidente no gráfico do funil (funnel plot) ou menos de cinco estudos representados no gráfico
	-1	Assimetria evidente no gráfico do funil (funnel plot) com ao menos cinco estudos

ANEXO 4:

Participantes da consulta técnica

Dr. Marijke Alblas

Médico, defensor da saúde
Consultor médico independente
Cidade do Cabo
África do Sul

Sra. Marge Berer

Defensora da saúde
Editora
Reproductive Health Matters
Londres
Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte

Dra. Mohsina Bilgrami

Diretora de programa, formuladora de políticas,
Defensora da saúde
Diretora administrativa
Marie Stopes Society
Karachi
Paquistão

Dr. Paul Blumenthal

Médico, pesquisador
Professor de Obstetrícia e Ginecologia
Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford
Stanford, CA
Estados Unidos da América

Dra. Lidia Casas-Becerra

Advogada, pesquisadora, defensora da saúde
Professora de Direito
Faculdade de Direito Diego Portales
Universidade Diego Portales
Santiago
Chile

Dra. Laura Castleman

Médica, diretora de programa
Diretora médica
Ipas
Birmingham, MI
Estados Unidos da América.

Sra. Jane Cottingham

Pesquisadora, defensora da saúde
Consultora independente em direitos e saúde sexual e reprodutiva
Carouge, GE
Suíça

Dra. Kelly Culwell

Médica, defensora da saúde, diretora de programa
Assessora principal
International Planned Parenthood Federation
Londres
Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte

Dra. Teresa Depiñeres

Pesquisadora, médica, diretora de programa
Assessora técnica principal
Fundação Oriéntame
Bogotá
Colômbia

Dra. Joanna Erdman

Advogada, pesquisadora, defensora da saúde
Professora Assistente, Faculdade de Direito
Universidade de Toronto
Ontário
Canadá

Dr. Aníbal Faúndes

Médico, defensor da saúde
Professor de Obstetrícia e Ginecologia
Universidade de Campinas
Campinas, São Paulo
Brasil

Professor Mahmoud Fathalla

Médico, pesquisador, defensor da saúde
Universidade de Assiut
Assiut
Egito

Dra. Kristina Gemzell-Danielsson

Pesquisadora, médica, formuladora de políticas
Professora de Obstetrícia e Ginecologia
Hospital Universitário Karolinska
Estocolmo Suécia

Dra. Anna Glasier

Médica, pesquisadora

Médica principal, saúde sexual
NHS Lothian e Universidade de Edimburgo
Edimburgo
Escócia

Dra. Türkiz Gökgöl

Pesquisadora, formuladora de políticas, diretora de programa

Diretora de programas internacionais The Susan Thompson Buffett Foundation Omaha, NE
Estados Unidos da América

Dr. David Grimes

Metodólogo, epidemiologista, pesquisador

Cientista distinguido
Family Health International
Durham, NC
Estados Unidos da América

Dra. Selma Hajri

Médica, pesquisadora

Consultora em saúde reprodutiva
Coordenadora
African Network for Medical Abortion (ANMA)
Tunes
Tunísia

Dr. Pak Chung Ho

Médico, pesquisador

Professor de Obstetrícia e Ginecologia
Hospital Queen Mary
Hong Kong
República Popular da China

Dr. Sharad Iyengar

Médico, pesquisador

Médico, formulador de políticas Diretor geral
Action Research & Training for Health
Udaipur
Índia

Sra. Heidi Bart Johnston

Assessora temporária

Consultora sobre direitos e saúde reprodutiva
Wetzikon
Suíça

Sra. Bonnie Scott Jones

Advogada, defensora da saúde

Subdiretora
Center for Reproductive Rights
Nova Iorque, NY
Estados Unidos da América

Dra. Vasantha Kandiah

Pesquisadora

Consultora
Population and Family Planning Development Board
Kuala Lumpur
Malásia

Dr. Nguyen Duy Khe

Diretor de programa

Chefe do Departamento de Saúde Materno-Infantil
Ministério da Saúde
Hanói
Vietnã

Dr. Chisale Mhango

Diretor de programa

Diretor da Unidade de Saúde Reprodutiva
Ministério da Saúde
Lilongwe
Malawi

Dra. Suneeta Mittal

Médica, pesquisadora, defensora da saúde

Chefa do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar, Nova Delhi
Índia

Dra. Nuriye Ortayli

Médica, diretora de programa

Assessora principal
UNFPA
Nova Iorque, NY
Estados Unidos da América

Dra. Mariana Romero

Pesquisadora, defensora da saúde

Pesquisadora associada
CEDES
Buenos Aires
Argentina

Dra. Helena von Herten

Pesquisadora
Consultora
Concept Foundation
Genebra
Suíça

Dra. Beverly Winikoff

Metodologista, epidemiologista, pesquisadora
Presidenta
Gynuity Health Projects
Nova Iorque, NY
Estados Unidos da América

Sra. Patricia Ann Whyte

Assessora temporária
Pesquisadora associada principal
Deakin Strategic Centre in Population Health
Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade Deakin
Victoria
Austrália

Outros revisores especializados**Sra. Rebecca Cook**

Presidenta de Direito humanitário internacional
Faculdade de Direito
Universidade de Toronto
Toronto, Ontário
Canadá

Sra. Laura Katsive

Funcionária de programa
Wellspring Advisors, LLC Nova Iorque
Estados Unidos da América

Dr. Paul FA Van Look

Consultor em saúde sexual e reprodutiva
Val d'Illeiez
Suíça

Assessores regionais da OMS

Dr. Khadiddiatou Mbaye, Escritório regional para a África
Dra. Gunta Lazdane, Escritório regional para a Europa

Secretaria da OMS

Dra. Katherine Ba-Thike
Dra. Dalia Brahmi
Dr. Peter Fajans
Dra. Bela Ganatra
Dra. Emily Jackson
Dr. Ronald Johnson
Dra. Nathalie Kapp
Sra. Eszter Kismodi
Dra. Regina Kulier
Dr. Michael Mbizvo
Dra. Lale Say
Dr. Iqbal Shah
Dr. João Paulo Dias de Souza

Observadores**Dra. Mari Mathiesen**

Membro da Junta administrativa
Fundos de Seguro de Saúde da Estônia
Lembitu
Estônia

Dr. Helvi Tarien

Chefe do Departamento de Serviços de Saúde
Fundos de Seguro de Saúde da Estônia
Lembitu
Estônia

ANEXO 5

Recomendações da consulta técnica para a segunda edição de Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde

Recomendação 1: abortamento cirúrgico até 12 a 14 semanas de gestação

A aspiração a vácuo é a técnica de escolha para o abortamento cirúrgico de gravidezes com um máximo de 12 a 14 semanas de gestação. Este procedimento não deve completar-se mediante curetagem cortante como prática de rotina. O método de dilatação e curetagem cortante (D&C), caso seja praticado mesmo assim, deve ser substituído pela aspiração a vácuo.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Os estudos observacionais indicam que a aspiração a vácuo está associada a menos complicações do que a D&C; entretanto, os ensaios randomizados controlados não têm a força necessária para detectar uma diferença nos índices de complicações.
- Não há provas que fundamentem o verificações com curetas cortantes (ou seja, o uso de curetagem cortante para “completar” o abortamento) depois da aspiração a vácuo.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é de baixa a moderada.

Recomendação 2: abortamento farmacológico até 9 semanas de gestação (63 dias)

Recomendação 2.1

O método recomendado para o abortamento farmacológico é mifepristone seguido de misoprostol.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Os ensaios randomizados controlados demonstram uma eficácia superior do regime combinado (mifepristone seguido de misoprostol) quando comparada com o uso exclusivo de misoprostol.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é moderada.

Recomendação 2.2

O mifepristone sempre deve ser administrado por via oral. A dose recomendada é de 200 mg.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Os ensaios randomizados controlados indicam que 200 mg de mifepristone é tão eficaz quanto 600 mg.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é moderada.

• **Recomendação 2.3**

No caso da via vaginal, bucal ou sublingual, a dose recomendada de misoprostol é 800 µg. No caso de administração oral, a dose recomendada de misoprostol é 400 µg.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- A eficácia do misoprostol pode variar de acordo com a idade gestacional, a via de administração ou a frequência de administração da dose. Atualmente estão sendo realizadas pesquisas para determinar em que situações clínicas, se é que existe alguma, uma dose mais baixa de misoprostol poderia ser utilizada com uma eficácia comparável.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é moderada.

Recomendação 2.4

Dose e vias de administração recomendadas para o mifepristone seguido de misoprostol:

O mifepristone sempre deve ser administrado por via oral. A dose recomendada é de 200 mg.

Recomenda-se a administração de misoprostol 1 a 2 dias (24 a 48 horas) após o mifepristone.

- No caso da via vaginal, bucal ou sublingual, a dose recomendada de misoprostol é de 800 µg.
- No caso de administração oral, a dose recomendada de misoprostol é de 400 µg.
- No caso de gestações com um máximo de 7 semanas (49 dias), pode ser administrado misoprostol por via vaginal, bucal, sublingual ou oral. Depois das 7 semanas de gestação, não se deve administrar misoprostol por via oral.

- No caso de gestações com um máximo de 9 semanas (63 dias), podemos administrar misoprostol por via vaginal, bucal ou sublingual

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Recomenda-se a administração vaginal de misoprostol em função de sua maior eficácia e menores índices de efeitos colaterais quando comparado com outras vias de administração; entretanto, algumas mulheres podem preferir uma via que não seja a vaginal.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é moderada.

Recomendação 2.5

Recomenda-se a administração de misoprostol 1 a 2 dias (24 a 48 horas) após o mifepristone.

(Força da recomendação: forte)

Nota

- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é moderada.

Recomendação 3: abortamento farmacológico com uma idade gestacional de entre 9 e 12 semanas (63 e 84 dias)

O método de escolha para o abortamento farmacológico é de 200 mg de mifepristone administrado por via oral seguido de 800 µg de misoprostol administrado por via vaginal entre 36 e 48 horas mais tarde. As doses posteriores de misoprostol devem ser de 400 µg como máximo, e devem ser administradas por via vaginal ou sublingual, a cada três horas com um máximo de quatro doses adicionais, até que se expulse o produto da concepção.

(Força da recomendação: fraca)

Notas

- O regime para realizar abortamentos farmacológicos entre as 9 e 12 semanas de gestação é uma área de pesquisa constante; é provável que esta recomendação venha a sofrer modificações à medida que forem se completando os estudos.
- A qualidade da evidência baseada em um ensaio randomizado controlado e em um estudo observacional é baixa.

Recomendação 4: abortamento farmacológico até 12 semanas de gestação (84 dias) se não houver disponibilidade de mifepristone

O método recomendado para o abortamento farmacológico, se não houver disponibilidade de mifepristone, é 800 µg de misoprostol administrado por via vaginal ou sublingual. É possível administrar um máximo de três doses repetidas de 800 µg com intervalos de, no mínimo, três horas, mas não durante mais de 12 horas.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- A administração sublingual está associada a índices mais altos de efeitos colaterais que a administração vaginal. Em mulheres nulíparas, a via sublingual é também menos eficaz quando se usam os intervalos maiores que 3 horas entre as doses repetidas.
- A qualidade da evidência baseada em um ensaio randomizado controlado é alta.
- Mifepristone combinado com misoprostol é mais eficaz que o uso exclusivo de misoprostol e está associado com menores efeitos colaterais. Metotrexato combinado com misoprostol, um regime utilizado em algumas regiões, mas não recomendado pela OMS, é menos eficaz que mifepristone combinado com misoprostol, porém mais eficaz que o uso exclusivo de misoprostol.

Recomendação 5: métodos de abortamento depois das 12 a 14 semanas de gestação (84 a 98 dias)

São recomendadas tanto a dilatação e evacuação (D&E) como os métodos farmacológicos (mifepristone e misoprostol e uso exclusivo de misoprostol) para abortamento de gravidezes de mais de 12 a 14 semanas de gestação. Os centros médicos devem oferecer ao menos um destes métodos, e preferentemente ambos, conforme a experiência do profissional e a disponibilidade de capacitação.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- A evidência para esta pergunta está limitada pela disposição das mulheres de serem randomizadas em ensaios clínicos entre os métodos de abortamento cirúrgico e farmacológico.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é baixa.
- A escolha do método para o abortamento feita pela mulher pode estar limitada ou não ser aplicável se tiver contraindicações médicas para um dos métodos.

Recomendação 6: abortamento farmacológico depois das 12 semanas de gestação (84 dias)

O método recomendado para o abortamento farmacológico é uma dose oral de 200 mg de mifepristone seguida de doses repetidas de misoprostol entre 36 e 48 horas mais tarde.

(Força da recomendação: forte)

- No caso de gestações entre 12 e 24 semanas, a dose inicial de misoprostol, depois da administração oral de mifepristone, pode ser de 800 µg por via vaginal ou de 400 µg por via oral. As doses posteriores de misoprostol devem ser de 400 µg, e devem ser administradas por via vaginal ou sublingual, a cada três horas com um máximo de quatro doses adicionais.

- No caso de gravidezes superiores às 24 semanas de gestação, é necessário reduzir a dose de misoprostol devido à maior sensibilidade do útero às prostaglandinas, porém, a falta de estudos clínicos impede realizar recomendações de posologia específicas.

(Força da recomendação: forte)

O método recomendado para o abortamento farmacológico se não houver disponibilidade de mifepristone é 400 µg de misoprostol administrado por via vaginal ou sublingual, repetido cada três horas com um máximo de cinco doses.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Um intervalo menor que 36 horas entre a administração de mifepristone e misoprostol está associado com um intervalo mais prolongado para o abortamento e índices mais altos de abortamento incompleto.
- O lactato de etacridina está associado a um intervalo para o abortamento semelhante aos esquemas de uso exclusivo de misoprostol; os estudos não compararam a segurança ou a eficácia de seu uso com o da combinação de mifepristone e misoprostol.
- As mulheres com cicatriz uterina têm um risco muito baixo (0,28 %) de rotura uterina durante um abortamento farmacológico no segundo trimestre.
- Quando se utiliza exclusivamente misoprostol em mulheres nulíparas, a administração vaginal de misoprostol é mais eficaz que a administração sublingual.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é de baixa a moderada.

Recomendação 7: preparação do colo uterino antes do abortamento cirúrgico até 12 a 14 semanas de gestação (84 a 98 dias)

Recomendação 7.1

Antes de um abortamento cirúrgico, recomenda-se a preparação do colo uterino para todas as mulheres com uma gravidez de até 12 a 14 semanas de gestação, embora seja possível considerar a prática para qualquer idade gestacional.

(Vigor da recomendação: forte)

Notas

- Devemos considerar o aumento no tempo e os efeitos colaterais, como dor, sangramento vaginal e abortamento precipitado associados à preparação do colo uterino, se for realizada em idades gestacionais menores que 12 a 14 semanas.
- A impossibilidade da preparação do colo uterino não deve limitar o acesso aos serviços de abortamento.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é baixa

Recomendação 7.2

Recomenda-se qualquer destes métodos de preparação do colo uterino antes de um abortamento cirúrgico durante o primeiro trimestre:

- uma dose oral de 200 mg de mifepristone (de 24 a 48 horas antes); ou
- 400 µg de misoprostol administrado por via sublingual, de 2 a 3 horas antes do procedimento; ou
- 400 µg de misoprostol administrado por via vaginal, 3 horas antes do procedimento; ou colocação de laminária no colo do útero de 6 a 24 horas antes do procedimento.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- O custo, a disponibilidade local e a capacitação no uso dos métodos de preparação do colo uterino afetarão a escolha do método a ser empregado.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é de baixa a moderada.

Recomendação 8: preparação do colo uterino antes do abortamento cirúrgico para uma idade gestacional de 14 semanas (98 dias) ou mais

Recomendação 8.1

Todas as mulheres submetidas a dilatação e evacuação (DeE) com um gravidez de mais de 14 semanas de gestação devem preparar o colo uterino antes do procedimento.

(Força da recomendação: forte)

Nota

- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é de baixa a moderada.

Recomendação 8.2:

Os métodos recomendados para a preparação do colo uterino antes da dilatação e evacuação (D&E) depois das 14 semanas de gestação são os dilatadores osmóticos ou o misoprostol.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Os dilatadores osmóticos reduzem o tempo do procedimento e a necessidade de mais dilatação em comparação com o uso de misoprostol. O efeito do misoprostol antes da D&E para gravidezes de mais de 20 semanas de gestação não foi objeto de pesquisas clínicas.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é moderada

Recomendação 9: acompanhamento depois do abortamento induzido

Não existe uma necessidade médica estabelecida para realizar uma visita de acompanhamento de rotina depois de um abortamento cirúrgico sem complicações ou de um abortamento farmacológico com mifepristone seguida de misoprostol. Entretanto, as mulheres devem ser orientadas a retornar ao serviço de saúde se assim o solicitarem ou desejarem.

(Vigor da recomendação: forte)

Notas

- As mulheres devem ser informadas, apropriadamente, sobre os sintomas e sinais de continuação da gravidez e outras razões médicas, como febre ou sangramento intenso e prolongado, pelas quais devem retornar para uma visita de avaliação.
- As estratégias de acompanhamento alternativas para as visitas à clínica depois de um abortamento farmacológico no primeiro trimestre são alvo de pesquisas em curso.
- A qualidade da evidência baseada em estudos observacionais e evidência indireta é baixa.

Recomendação 10: tratamento do abortamento incompleto

Se o tamanho do útero no momento do tratamento for equivalente a uma gravidez com uma idade gestacional de 13 semanas ou menos, recomenda-se a aspiração a vácuo ou o tratamento com misoprostol para as mulheres com um abortamento incompleto. O esquema recomendado com misoprostol é uma dose única administrada por via sublingual (400 µg) ou oral (600 µg).

(Força da recomendação: forte)

Notas

- A conduta expectante diante do abortamento incompleto pode ser tão eficaz quanto o misoprostol, porém, o processo leva mais tempo. A decisão de tratamento ou conduta expectante diante do abortamento incompleto deve estar baseada na condição clínica da mulher e suas preferências de tratamento.

- Esta recomendação foi retirada a partir das pesquisas realizadas em mulheres com abortamento espontâneo informado. O abortamento retido é uma condição diferente do abortamento incompleto produzido depois do abortamento espontâneo ou induzido.
- Em função da recomendação para o abortamento cirúrgico durante o primeiro trimestre, a aspiração a vácuo também pode ser feita em mulheres com um tamanho uterino de 14 semanas de gestação.
- Também é possível utilizar misoprostol por via vaginal. Os estudos sobre misoprostol vaginal utilizaram doses de 400 µg a 800 µg, e não foram informados ensaios comparativos de doses.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é baixa.

Recomendação 11: profilaxia antibiótica para o abortamento induzido

Todas as mulheres submetidas a um abortamento cirúrgico, independentemente do risco de doença inflamatória pélvica, devem receber profilaxia com antibióticos antes ou durante a cirurgia.

(Força da recomendação: forte)

No caso das mulheres submetidas a um abortamento farmacológico, não se recomenda o uso de profilaxia antibiótica.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- A falta de antibióticos não deve limitar o acesso aos serviços de abortamento.
- Demonstrou-se que a administração de uma dose única de nitroimidazóis, tetraciclina ou penicilinas é eficaz.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados para o abortamento cirúrgico é moderada. A qualidade da evidência

baseada em um ensaio observacional para o abortamento farmacológico é muito baixa, para o abortamento cirúrgico é moderada

Recomendação 12: uso da ecografia antes do abortamento induzido

Não é necessário o uso de uma exploração ecográfica de rotina prévia ao abortamento.

(Força da recomendação: forte)

Nota

- A qualidade da evidência baseada em um ensaio randomizado controlado e em estudos observacionais é muito baixa.

Recomendação 13: contracepção posterior ao abortamento

As mulheres podem começar a utilizar contraceptivos hormonais no momento do abortamento cirúrgico ou tão logo lhe for administrado o primeiro comprimido de um esquema para abortamento farmacológico.

(força da recomendação: forte)

Depois do abortamento farmacológico, pode ser inserido um DIU, quando já tiver sido estabelecido de forma segura que a mulher já não está grávida.

Notas

- O início da contracepção hormonal durante o abortamento farmacológico antes da expulsão do produto da gestação não foi o foco dos ensaios clínicos.
- A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é muito baixa

Recomendação 14: manejo da dor durante o abortamento

Deve ser oferecido a todas as mulheres medicamentos para alívio da dor como procedimento de rotina (por exemplo, antiinflamatórios não esteroides) para a realização de um abortamento farmacológico ou cirúrgico

(Força da recomendação: forte)

Nem sempre se recomenda anestesia geral para o abortamento por aspiração a vácuo ou por D&E.

(Força da recomendação: forte)

Notas

- Devem-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres submetidas a um abortamento farmacológico ou cirúrgico, devendo ser administrados sem atrasos quando a mulher assim o solicitar. Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos, anestesia local ou uma sedação consciente complementada com apoio verbal. A necessidade de tratamento da dor aumenta com a idade gestacional.
 - O momento oportuno para a administração de medicamentos para a dor foi estudado de maneira inadequada e deficiente, o que impossibilita a formulação de recomendações sobre um regime específico. Entretanto, o alívio da dor é uma parte importante dos cuidados no abortamento seguro.
 - Os tranqüilizantes, os analgésicos opióides intravenosos e o bloqueio paracervical são amplamente utilizados, apesar de não estarem adequadamente estudados.
 - Os antiinflamatórios não esteroides demonstraram eficácia na diminuição da dor; pelo contrário, se demonstrou que o paracetamol é ineficaz no alívio da dor associada com abortamento cirúrgico ou farmacológico.
- É possível que algumas mulheres precisem de analgésicos opióides adicionais, em especial durante o abortamento no segundo trimestre.
 - O uso de anestesia regional durante o abortamento farmacológico para gravidezes de mais de 12 semanas de gestação não foi o foco dos ensaios clínicos.
 - A anestesia geral está associada com índices mais altos de efeitos colaterais e eventos adversos que outros métodos de tratamento da dor.
 - A qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados é baixa.

ANEXO 6

Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais pós-abortamento¹

Tabela A1. Tabela de resumo das recomendações médicas de elegibilidade posterior ao abortamento para os contraceptivos hormonais, dispositivos intrauterinos e métodos anticoncepcionais de barreira

Condição posterior ao abortamento	AOC	AIC	Adesivo e anel vaginal	PEP	AMPD, EN-NET	Implantes de LNG/ETG	DIU com cobre	DIU liberador de LNG	Preservativo	Espermicida	Diafragma
Primeiro trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Abortamento imediato posterior a septicemia	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

AOC= anticoncepcional oral combinado AIC= anticoncepcional injetável combinado;; AMPD/EN-NET= injetáveis exclusivamente de progesterona: acetato de medroxiprogesterona de depósito/enantato de noretindrona; DIU= dispositivo intrauterino; LNG/ETG= implantes exclusivamente de progesterona: levonorgestrel/etonogestrel; PEP, pílula exclusivamente de progesterona.

Definição de categorias

- 1: uma condição para a qual não há restrição quanto ao uso de método anticoncepcional.
- 2: uma condição em que a vantagem de usar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados.
- 3: uma condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se usar o método.
- 4: uma condição que representa um risco inaceitável para a saúde, caso o método anticoncepcional seja utilizado.

¹ Baseado em *Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais*, 4.a ed. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2009

Tabela A2. Recomendações médicas de elegibilidade para a esterilização cirúrgica feminina posterior ao abortamento

Condição posterior ao abortamento	Esterilização cirúrgica feminina
Sem complicações	A
Septicemia ou febre posterior ao abortamento	D
Hemorragia intensa posterior ao abortamento	D
Traumatismo grave no trato genital; laceração do colo uterino ou vaginal no momento do abortamento	D
Perfuração uterina	E
Hematometra aguda	D

Definição de categorias

- *A = (aceitar)*: não há nenhum motivo para negar a esterilização a uma pessoa com esta condição
- *P = (precaução)*: o procedimento se realiza normalmente em um ambiente comum, porém, com preparação e precauções adicionais.
- *D = (demora)*: o procedimento demora até que a sua condição seja avaliada ou melhore; devem ser proporcionados métodos anticoncepcionais temporários alternativos.
- *E = (especial)*: o procedimento deve se dar em um ambiente com um cirurgião e equipe experiente, sendo necessários equipamentos específicos para administração de anestesia geral e ajuda médica de apoio. Para estas condições, também é necessária a capacidade de decisão sobre o procedimento e o regime de anestesia mais adequado. É necessário proporcionar métodos anticoncepcionais temporários alternativos, se for necessária uma derivação ou se existir qualquer demora de outro tipo.

ANEXO 7

Principais tratados regionais e internacionais de direitos humanos

Tabela A3. Principais tratados internacionais de direitos humanos	
Tratado internacional de direitos humanos (data de entrada em vigor)	Organismo de supervisão do tratado
Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial contra a Mulher (ICERD) (1969)	Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial
Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR) (1976)	Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (ICCPR) (1976)	Comitê de Direitos Humanos
Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) (1981)	Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CAT) (1987)	Comitê contra a Tortura
Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC) (1990)	Comitê sobre os Direitos da Criança
Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias (2003)	Comitê sobre os Trabalhadores Migrantes
Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD) (2008)	Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Tabela A4. Tratado regional de direitos humanos	
Tratado regional de direitos humanos (data de entrada em vigor)	Organismo de supervisão do tratado
Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948)	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
Convênio para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (conforme as emendas nos Protocolos 1, 4, 6, 7, 12 e 13) (1953)	Corte Europeia de Direitos Humanos
Convenção Americana de Direitos Humanos (1978)	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1986)	Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos
Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (“Convenção de Belém do Para”) (1994)	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
Carta Social Europeia (1961)/Carta Social Europeia Revisada (1996)	Comitê Europeu de Direitos Sociais
Carta Africana dos Direitos e do Bem-estar da Criança (1999)	Comitê Africano de Especialistas dos Direitos e do Bem-estar da Criança
Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (“Protocolo de San Salvador”) (1999)	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos relativo aos Direitos da Mulher na África (2005)	Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos
Carta Árabe de Direitos Humanos (2008)	Comitê Árabe de Direitos Humanos
Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2009)	Tribunal Geral/Tribunal de Justiça da União Europeia



Organização
Mundial da Saúde

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 854843 7



9 789248 548437

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - Segunda edición

Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde

Segunda edição



Organização
Mundial da Saúde