

CARTILHA DE ATENÇÃO HUMANIZADA

às meninas e mulheres em situação
de interrupção legal da gravidez
no Estado de Santa Catarina



**CARTILHA DE ATENÇÃO
HUMANIZADA À INTERRUPTÃO
LEGAL DA GRAVIDEZ EM
SANTA CATARINA**

**MPSC
Florianópolis
2023**

**Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Atenção Integral à Saúde das Pessoas
em Situação de Violência Sexual**

Coordenação-Geral

Douglas Roberto Martins

Elaboração da Cartilha

Douglas Roberto Martins

Coordenador

Anna Carolina Machado do Espirito Santo

Anne Teive Auras

Cláudia Maria Dadico

Daniele Beatriz Manfrini

Daniele Cardoso Escobar

Douglas Roberto Martins

Giulia Pagliosa Mainardi Waltrick Martins

Kelly Ribas Lobato

Lilian Brillinger Novello

Luciane de Medeiros dos Santos

Marina Gasino Jacobs

Maristela Antonia dos Santos

Maristela Müller Sens

Monique Meneses de Aguiar D`Avila

Naiara Brancher

Rosaura de Oliveira Rodrigues

Sandra Rachadel Torres

Sheila Sabag
Patrícia Maria Zimmermann D'Avila
Thaís Becker Henriques Silveira

Instituições integrantes do Grupo de Trabalho

Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública do Ministério Público de Santa Catarina

Conselho Estadual dos Direitos da Mulher de Santa Catarina

Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão/SC - Ministério Público Federal

Núcleo de Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar do Ministério Público de Santa Catarina

Polícia Científica de Santa Catarina

Polícia Civil de Santa Catarina

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar do Tribunal de Justiça de Santa Catarina

Contato: Rua Pedro Ivo, 231 - Centro - Edifício Campos Salles, 11º andar, Sala 1101, Florianópolis - SC - 88010-070 | (48) 3330.9430 | csp@mpsc.mp.br | www.mpsc.mp.br

Projeto gráfico e editoração: Coordenadoria de Comunicação Social | (48) 3330-9404 | midia@mpsc.mp.br

Revisão ortográfica: Lucia Anilda Miguel

FICHA CATALOGRÁFICA

Cartilha de atenção humanizada à interrupção legal da gravidez em Santa Catarina [recurso eletrônico] / [coordenação Douglas Roberto Martins ; Anna Carolina Machado do Espírito Santo ... et al.] – Florianópolis : MPSC, 2023.

51 p. ; PDF

Modo de acesso: www.mpsc.mp.br

ISBN 978-85-62615-17-7

1. Interrupção Legal da Gravidez (ILG). 2. Aborto - Legislação. 3. Direito à Saúde. 4. Assistência Social. I. Martins, Douglas Roberto. II. Espírito Santo, Anna Carolina Machado do.

CDDir- 341.27

Catálogo: Magda Daré CRB – 14/982

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	08
INTRODUÇÃO	10
PARTE I	18
1.1. Rede de Atenção à Saúde.....	19
1.2. Rede Socioassistencial.....	19
1.3. Sistema de Justiça	21
1.3.1. Defensoria Pública	21
1.3.2. Ministério Público	22
1.3.3. Poder Judiciário	23
1.3.4. Segurança Pública.....	23
1.4. Controle Social.....	24
PARTE II	25
2.1. O que é interrupção legal de gravidez (ILG)?.....	25
2.2. Existe limite de idade gestacional para realização do procedimento de ILG?.	26
2.3 O que deve ser feito nas situações em que a menina ou mulher em situação de ILG encontra-se com idade gestacional acima de 22 semanas?.....	26
2.4. Como se dá o consentimento?.....	26
2.5. Como acontece o procedimento de justificação e autorização da ILG?.....	28

2.6. É necessário apresentar Boletim de Ocorrência para realização do procedimento?.....	30
2.7. É necessária autorização judicial para realização do procedimento?.....	30
2.8. Devo notificar algum órgão interno ou externo ao realizar o procedimento de ILG?	31
2.9. E o sigilo profissional?	32
2.10. Devo garantir que a menina ou mulher seja acompanhada durante o atendimento?.....	34
2.11. Posso recusar-me a realizar o procedimento de aborto alegando objeção de consciência?.....	34
2.12. O que deve ser feito com os Resíduos dos Serviços de Saúde na Interrupção Legal da Gestação?.....	35
2.13. Qual o fluxograma para a Atenção à ILG?	37
2.14. Encaminhamento	38
PARTE III.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

APRESENTAÇÃO

Diferentes obstáculos encontrados por entidades públicas e do controle social para a garantia do exercício do direito à Interrupção Legal da Gravidez (ILG) em Santa Catarina, conjunto com a análise crítica de dados federais e estaduais, apresentados na Parte I desta Cartilha, permitiu-nos identificar que a oferta e a organização dos serviços de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei ocorre de forma insuficiente e desigual, repercutindo, no território catarinense, na violação dos direitos constitucionais à dignidade humana, à equidade, à justiça reprodutiva e ao tratamento livre de preconceitos de qualquer natureza (art. 1º, III, art. 3º, IV, e art. 5º, caput, da Constituição Federal).

O reconhecimento dessa desproteção de meninas e mulheres no acesso e na oferta de Serviços Especializados de Atenção à ILG em Santa Catarina, aliado à responsabilidade do Estado, por meio de suas diferentes instituições, de assegurar as condições necessárias para que o direito à saúde das meninas e mulheres seja garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), culminou na formação de um Grupo de Trabalho interinstitucional sobre Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual, composto pelos seguintes órgãos catarinenses: Ministério Público Estadual (MPSC), Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão/SC - Ministério Público Federal (MPF), Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina (NUDEM), Polícia Civil (PC/SC), Polícia Científica (PCI/SC), Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (CEVID) e Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Integram, ainda, este GT, pesquisadoras e profissionais da área de saúde coletiva e o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM/SC).

O Grupo, que tem como objetivo principal garantir o direito à interrupção legal da gravidez em nível estadual, de forma universal, integral e equitativa, elegeu como uma de suas ações prioritárias a elaboração da presente “Cartilha de Atenção Humanizada à Interrupção Legal da Gravidez em Santa Catarina”, documento dirigido, especialmente, às e aos profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde, com a finalidade de

colaborar com a ampliação e o aprimoramento das Redes Municipais, Regionais e Estadual de Atenção à Saúde das Meninas e Mulheres em Situação de Aborto Legal, por meio da qualificação e sensibilização dessas/es profissionais a respeito da realização do procedimento humanizado.

Em apertada síntese, a Cartilha está dividida em apresentação, introdução e partes I, II e III. Na Introdução, serão apresentados dados sobre o aborto no Brasil e em Santa Catarina, bem como a consolidação de dados sobre o serviço de interrupção legal da gravidez no Estado coletados a partir de formulários enviados aos Municípios, hospitais e maternidades catarinenses. Na Parte I, é apresentada a Rede Intersetorial de Atendimento às meninas e mulheres em situação de ILG. Em continuidade, na Parte II, são apresentadas orientações às e aos profissionais que compõem a rede de proteção à saúde das meninas e mulheres nas situações de ILG, com o objetivo de elucidar possíveis dúvidas, auxiliar na humanização e padronização dos procedimentos, bem como na organização da rede de atendimento. Ainda, são publicizados os serviços do SUS que realizam os procedimentos de ILG no estado. Ao final, na Parte III, serão tecidas, de forma complementar, considerações legais, perpassando pelas normas e legislações vigentes sobre a temática.

Vale destacar, ainda, que esta Cartilha tem como fundamento a legislação nacional e as diretrizes internacionais sobre direitos humanos, das quais o Brasil é signatário, estabelecidas na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (DECLARAÇÃO, 1995), que orientam políticas, programas e serviços de proteção aos Direitos Humanos e à igualdade de gênero e a não discriminação; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), ratificada por meio do Decreto Federal n. 4.377/2002; e a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, enquanto guia de orientação de cuidados às e aos profissionais e aos serviços de saúde nas situações de interrupção legal da gravidez (BRASIL, 2011).

Por fim, tendo como referência as normativas supracitadas, demarca-se que será utilizada neste material a expressão meninas e mulheres em situação de interrupção legal da gravidez para se referir às crianças, adolescentes e mulheres que buscam atendimento diante das situações de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. Destarte o uso do termo “meninas e mulheres”, escolhido para demarcar a dimensão de gênero nesse fenômeno, reconhece-se igualmente o direito de homens trans e pessoas não binárias à interrupção legal da gravidez, cabendo aos serviços de saúde e suas/seus profissionais a realização de um atendimento digno e humanizado a todas as pessoas.

INTRODUÇÃO

As interrupções de gravidez decorrentes de estupro, para salvar a vida de meninas e mulheres e em caso de feto anencéfalo não são puníveis no Brasil¹. Além dessas situações, uma gestação também pode ser interrompida após decisão judicial. Como um procedimento no âmbito dos serviços de saúde, essas interrupções de gravidez são oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsão da Nota Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), e devem ser de acesso universal e igualitário no País (Lei Federal n. 8.080/1990).

Apesar do aborto não ser criminalizado em situações específicas, desde a promulgação do Código Penal de 1940, foi apenas com a redemocratização, na década de 80, que passaram a ser instituídos serviços de interrupções da gravidez nos casos previstos em lei. Em 1989, o Município de São Paulo inaugurou o primeiro serviço no País no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya (ARAÚJO, 1993) e, só dez anos mais tarde, em 1999, foi publicada a primeira Norma Técnica do Ministério da Saúde que tratava de interrupção da gestação (BRASIL, 1999).

Em 2013, a Portaria MS/GM n. 528 normatizou os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, sendo substituída no ano seguinte pela Portaria MS/GM n. 485/2014. Com base nesta última normativa, esses serviços podem ser organizados em hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento e serviços de urgência não hospitalares, sempre com funcionamento 24 horas do dia e 7 dias da semana; a equipe deve ser composta por médica(o) clínica(o) ou em especialidades cirúrgicas, enfermeira(o), técnica(o) em enfermagem, psicóloga(o), assistente social e farmacêutica(o).

1- As duas primeiras hipóteses de interrupção legal da gravidez - gestação decorrente de estupro e para salvar a vida da mulher - estão previstas, respectivamente, no art. 128, incisos II e I, do Código Penal, ao passo que a terceira decorre de decisão exarada pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 (BRASIL, 2012b).

Em 2019, conforme dados disponíveis nos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, ambos vinculados ao Ministério da Saúde, havia 101 Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei no País, dos quais 62 registraram algum aborto por razões médicas e legais. Além desses, outros 189 estabelecimentos registraram o procedimento. Ao todo, 290 estabelecimentos ofertavam o serviço, estando distribuídos em 3,6% (200) dos Municípios brasileiros (JACOBS; BOING, 2021).

Especificamente quanto ao Estado de Santa Catarina, em junho de 2021, havia 5 (cinco) Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei públicos ou conveniados ao SUS. Contudo, entre 2018 e junho de 2021, 27 estabelecimentos de saúde registraram abortos por razões médicas e legais no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2022).

Entre janeiro de 2018 e junho de 2021, aconteceram no Brasil 6.668 abortos por razões médicas e legais registradas no SIH e realizadas pelo SUS, cerca de 1.900 ao ano. Nesse período, foram registrados 310 procedimentos em Santa Catarina, cerca de 89 por ano. Do total dos registros do período no Estado, 138 (44,5%) aconteceram fora do Município de residência da usuária. Ainda segundo o SIH, os procedimentos concentraram-se na Grande Florianópolis, onde foram realizados mais da metade (51,9%) dos procedimentos do período. Houve residentes de todas as macrorregionais fazendo o procedimento na macrorregião da Grande Florianópolis, o que significou distâncias de até 600km, 9 horas de automóvel.

A ausência de acesso local e a necessidade de viajar para realizar um aborto previsto em lei diminui o acesso ao procedimento seguro (BROWN et al., 2020; FRIEDMAN et al., 2019; CUNNINGHAM et al., 2020), tornando-o inacessível especialmente a grupos já vulnerabilizados (FRIEDMAN et al., 2019). Em 2019, a taxa de realização de aborto por razões médicas e legais no Brasil era 4,8 vezes maior entre as residentes dos Municípios com oferta (JACOBS, BOING, 2021). Pessoas que não conseguem acesso ao aborto previsto em lei apresentam mais chances de agravos à saúde mental a curto prazo (BIGGS et al., 2017), bem como risco de interromper a gestação de forma insegura, com potenciais prejuízos à saúde e mesmo ameaça à vida (RALPH et al., 2020; GERDTS et al., 2016).

Quanto à disponibilidade de Serviços de Referência para ILG em Santa Catarina, de acordo com os registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Estado tinha, em junho de 2021, 59 estabelecimentos com potencial de serem serviços de referência à luz da Portaria MS/GM n. 485/2014, ao menos um por regional de saúde (BRASIL, 2021). A utilização desse potencial de capilarização seria uma forma de diminuir barreiras e ampliar o acesso ao serviço de saúde às pessoas que dele necessitam no Estado de Santa Catarina.

Além da barreira imposta pela distância, o desconhecimento acerca da legislação também dificulta o acesso ao aborto previsto em lei no Brasil. Em 2006, apenas 56% das(os) brasileiras(os) sabiam que, em casos de gravidez resultante de estupro, seria possível acessar o aborto de forma legal, 44% sabiam da possibilidade de interrupção quando há risco à vida da menina ou mulher, e 45% achavam que havia essa possibilidade em caso de má formação fetal (TALIB, 2006), o que naquele momento dependia sempre da autorização judicial. Ademais, ainda em 2006, 95% das pessoas não sabiam indicar um hospital que realizasse o procedimento (TALIB, 2006).

Mesmo 12 (doze) anos depois, a disponibilidade de informação sobre a oferta ainda era insuficiente. Em 2018, apenas duas das 27 Unidades da Federação disponibilizavam nos sites de seus órgãos de saúde a lista dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; das 26 capitais de Estado, apenas 6 (seis) ofereciam a informação (ARTICLE 19, 2018).

O desconhecimento e logo o descumprimento da legislação e das normativas que regem a oferta da ILG também está presente entre as e os profissionais, que muitas vezes exigem procedimentos e documentos desnecessários e prejudiciais, visto que criam uma barreira ao acesso digno e seguro ao aborto legal (DINIZ et al., 2014b; DINIZ et al., 2014a; GOLDMAN et al., 2015; FAÚNDES et al., 2007; FONSECA et al., 2020). Além disso, há lacunas na formação médica sobre a realização do aborto e o uso do misoprostol (PACAGANELLA et al., 2020). Somado ao desconhecimento, existe resistência e mesmo objeção de profissionais de saúde e gestores, o que interfere na oferta e na qualidade da assistência prestada, constituindo-se em mais uma barreira de acesso à interrupção legal de gravidez (DINIZ et al., 2014b; FONSECA et al., 2020; BRANCO et al., 2020).

Partindo-se desse cenário nacional e objetivando conhecer as nuances dessa realidade em Santa Catarina, o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Atenção Integral

à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual realizou levantamento de dados sobre a referida política pública estadual. Para tanto, inicialmente enviou-se, no ano de 2021, às Secretarias Municipais de Saúde dos 295 municípios catarinenses, formulário contendo perguntas acerca da referida política em âmbito municipal, sendo obtidas 179 respostas.

Em uma segunda etapa, no ano de 2022, considerando a síntese das informações prestadas pelos Municípios, foi enviado formulário a 66 maternidades e hospitais de SC com atendimentos pelo SUS questionando acerca do atendimento realizado a meninas e mulheres em situação de ILG no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021. Nesta etapa, 33 estabelecimentos responderam ao questionário, e a maioria desses respondentes (22) afirmam ter recebido demanda referente à interrupção legal da gestação, mas não foi realizado o procedimento; enquanto (7) realizaram o procedimento, seja via SUS, seja via rede privada e; a minoria (4) não recebeu demanda para realizar o procedimento no período indicado.

Os resultados dos referidos formulários foram analisados conjuntamente com a pesquisa nacional anteriormente referida (JACOBS; BOING, 2021), permitindo-nos verificar inúmeros fatores no âmbito dos serviços de saúde e da organização da rede de atenção que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) que obstaculizam ou impedem o exercício do direito à interrupção legal da gravidez no Estado de Santa Catarina. Abaixo, considerando as informações prestadas pelos 33 hospitais e maternidades respondentes, foram identificadas as seguintes situações:

- 11 hospitais referem utilizar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em situação de Violência Sexual da SES-SC no que se refere ao Aborto Legal, enquanto a maioria absoluta (22) **não** a utiliza.
- Somente 3 (três) indicam ter realizado capacitação sobre a temática da interrupção legal da gravidez, enquanto os demais respondentes (30), **não** a receberam.
- Quatro indicam realizar o procedimento de interrupção legal da gravidez sem decisão judicial; seis a exigem; e 23 não realizam o procedimento, independentemente de ter ou não decisão judicial.

- Os desafios mais citados no que concerne ao atendimento e/ou à prestação do Serviço de Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei foram a insuficiente capacitação das/dos profissionais de saúde para a realização desse procedimento (12 respondentes) e a falta de profissional não objetor² (para realização do procedimento (11 respondentes).
- Meninas e mulheres em situação de ILG, residentes em diferentes Municípios, são frequentemente encaminhadas para a realização do procedimento em hospitais/maternidades longe do seu domicílio e que, por não realizarem o procedimento de interrupção legal da gravidez, fazem novo encaminhamento para um terceiro estabelecimento, que pode, também, não realizar o procedimento.

As respostas aos questionamentos formulados, nas duas etapas, foram cruzadas, permitindo-nos compreender não apenas os dados de ambas as pesquisas, vistos de forma isolada, mas considerar as informações prestadas pelos hospitais e maternidades respondentes nos contextos da atenção à ILG ofertada pelos municípios. Abaixo destacamos algumas dessas análises.

Dos 22 hospitais/maternidades que afirmam ter recebido a demanda e não realizado o procedimento:

I. Quando questionados acerca dos motivos de não estarem cadastrados no CNES como Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL), 10 estabelecimentos responderam “não realizam o procedimento em razão de sua filosofia/valores”; desses, cinco foram indicados por 12 Municípios pertencentes às diferentes regiões do Estado como referência e/ou encaminhamento para o procedimento de ILG.

II. Nas situações em que foi perguntado para qual hospital/maternidade é feito o encaminhamento, foram obtidos os seguintes resultados:

- Dez não informaram o estabelecimento ou a cidade para o qual fazem o encaminhamento.

2- O “profissional não objetor” é aquele que não se recusa a realizar o procedimento de ILG em razão de suas convicções morais, filosóficas ou religiosas (escusa de consciência).

- Dez informaram o estabelecimento ou a cidade para o qual fazem o encaminhamento. Entre esses, dois indicaram o Município, sem identificar o estabelecimento, e oito indicaram o nome do hospital, e um desses oito estabelecimentos exige decisão judicial para realização do procedimento.

Ao cruzarmos os dados dessas 10 últimas respostas (nomeação do estabelecimento ou a cidade para a qual foi encaminhada a menina ou mulher) com os dados oferecidos pelos Municípios e demais hospitais/maternidades, observamos que:

- Cinco desses estabelecimentos (que receberam a demanda e não realizaram o procedimento de aborto), foram indicados, ao todo, por 12 Municípios como referência e/ou encaminhamento para realização do procedimento de ILG. Os outros cinco estabelecimentos não foram indicados por Municípios.
- Oito desses estabelecimentos indicaram o nome de um hospital/maternidade. Entre esses estabelecimentos identificados, quatro estão cadastrados no CNES como SRIGCPL e são identificados pela SES como serviços hospitalares de referência para a ILG. Os outros quatro estabelecimentos referidos não estão CNES SRIGCPL e não são identificados pela SES como serviços hospitalares de referência para a ILG. Ademais, um estabelecimento encaminhado exige decisão judicial para realização do procedimento. Os outros dois estabelecimentos indicaram apenas o nome de um mesmo Município, sem identificar o hospital/maternidade para o qual faziam o encaminhamento. Entretanto, o referido Município (indicado pelos estabelecimentos) não dispõe de hospital/maternidade com serviço hospitalar de referência para a ILG.

Dessas análises, com o cruzamento de informações, podemos, também, identificar diversos itinerários percorridos (abaixo exemplificados), em diferentes regiões e municípios do Estado — e, inclusive, em mais de um estabelecimento de um mesmo Município —, por meninas e mulheres em busca do Serviço de Interrupção Legal da Gravidez:

- Município A (1º atendimento) 303 Km -> Município B (encaminhamento) 57 Km -> Município C (reencaminhamento) 550 Km -> Município D;
- Município E (1º atendimento) 22 Km -> Município F (encaminhamento) 26 Km -> Município G (reencaminhamento) 183 Km -> Município H;

- Município I (1º atendimento) 195 Km -> Estabelecimento “x” do Município J (encaminhamento) 4,3 Km -> Estabelecimento “y” do Município J
- Município k (1º atendimento) 80 Km -> Município L (encaminhamento, em razão de exigir decisão judicial) 230 Km -> Município M

O reconhecimento dessas possíveis trajetórias percorridas em busca de Serviços de ILG, entre outros aspectos, pode indicar o desconhecimento por parte das Secretarias Municipais de Saúde e dos hospitais e maternidades sobre o sistema de prestação de serviços em atenção à Interrupção Legal da Gestação em Santa Catarina (Linha de Cuidado da SES/SC) e/ou quais instituições efetivamente realizam o referido procedimento. Por sua vez, a cobertura universal de saúde implica que a atenção   ILG seja integrada ao sistema de saúde em todos os níveis (Primário, Secundário e Terciário) para melhorar o acesso e garantir a assistência no âmbito de Santa Catarina.

Os resultados desta pesquisa permitiram-nos visibilizar muitos dos obstáculos já referidos em pesquisas nacionais sobre o tema e confirmados a partir dos dados coletados no Estado. No ponto, ainda que a pesquisa realizada tenha limitações de generalização, sobretudo considerando o número de respondentes — não descrevendo a realidade de 100% dos Municípios catarinenses e unidades hospitalares/maternidades —,   possível inferir, além de outros aspectos, que concomitantemente ao número reduzido de serviç os que realizam a interrupção legal da gravidez e não equitativamente distribuídos nas diferentes regiões do Estado, há insuficiente conhecimento técnico dos hospitais/maternidades que realizam o referido procedimento no âmbito do SUS, por parte das/dos dirigentes municipais e das/dos trabalhadores de saúde. A identificação das situações acima discorridas no contexto dos serviç os de saúde e da organização da rede de atenção que compõe o Sistema  nico de Saúde (SUS) em Santa Catarina evidenciou a importância da elaboração de material informativo, norteando a escolha dos referenciais teóricos, legais e práticos mobilizados nesta cartilha.

Por fim, com a finalidade de ampliar a compreensão das implicações dos resultados nas situações concretas de meninas e mulheres que buscam o atendimento em saúde, elaboramos, de forma exemplificativa (e correspondente aos dados consolidados), a situação fictícia de uma mulher residente no Estado de Santa Catarina que deseja realizar a interrupção legal da gravidez:

Maria (residente no Município J) faz o retorno de uma consulta médica no posto de saúde mais próximo de sua casa. Durante o atendimento, recebe a confirmação de que está grávida. Conta, então, que sua gravidez decorre de estupro e manifesta sua decisão de realizar a interrupção legal da gestação. A/O profissional informa que, no Município J, não há estabelecimentos que realizam esse procedimento e que costumam indicar nessas situações o estabelecimento X (o qual é localizado no Município P, distante 43km do Município J). Dias depois, Maria dirige-se até o estabelecimento X e lá é informada que o estabelecimento não realiza o aborto legal em razão de sua filosofia/valores e que poderia realizá-lo no estabelecimento Y (localizado no Município C, distante 57km do Município P). Ela, depois de já ter recebido negativas de atendimento nos estabelecimentos e Municípios que percorreu, persistindo com sua decisão, dirige-se ao estabelecimento Y, onde recebe a informação de que realiza o aborto legal, porém não há, no momento, profissional não objetor disponível, devendo retornar na semana seguinte. Ainda, informam a ela que o procedimento só será realizado caso Maria apresente Boletim de Ocorrência relativo à violência sexual sofrida. Maria, já passadas algumas semanas desde o primeiro dia que tomou a iniciativa de falar com a/o profissional de saúde sobre o estupro sofrido e sua decisão de realizar o aborto de forma segura, considerando sua própria vida e a dos filhos que sustenta, o medo de realizar a denúncia, pensa se irá ou não conseguir realizar o aborto; onde poderia buscar uma informação confiável; e como poderia fazer isso de “forma segura”, considerando que está desempregada, sem dinheiro e sabe, também, que nessa situação de “aborto”, sejam quais forem os seus motivos para tomar essa decisão, não poderia solicitar auxílio da sua família ou amigos.

Evitar que situações de violação de direitos como essa sejam repetidas e garantir amplo acesso aos serviços de atenção integral à saúde de meninas e mulheres em situação de ILG é dever do SUS. Espera-se que a presente cartilha contribua com com as/os profissionais de saúde do Estado de Santa Catarina no cumprimento desse dever.

PARTE I:

REDE INTERSETORIAL DE ATENDIMENTO ÀS MENINAS E MULHERES EM SITUAÇÃO DE ILG

O atendimento das situações de interrupção legal da gravidez, nas diferentes situações previstas em lei, deve ser compreendido na perspectiva da integralidade e da intersetorialidade.

A rede intersetorial de atendimento às meninas e mulheres em situação de aborto legal é constituída pelas diversas redes de atenção, instituições, serviços, programas e projetos de organizações não governamentais, que executam as políticas públicas atinentes às áreas da saúde, assistência social, justiça, segurança pública, entre outras.

Em se tratando do atendimento no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, foco desta cartilha, as especificidades do atendimento às pessoas em situação de interrupção legal da gravidez nos diferentes níveis de atenção exigem das/dos profissionais habilidades e conhecimentos específicos para cada atendimento, levando em consideração o serviço onde a/o profissional se encontra e os dispositivos da rede que lhe são oferecidos.

Sendo assim, quando as demandas apresentadas pelas meninas e mulheres ultrapassam o escopo de atuação dessa rede, a/o profissional de saúde precisa fazer o encaminhamento às demais políticas públicas, instituições ou órgãos da rede intersetorial, visando a garantir a integralidade do atendimento.

No mapeamento e na articulação de cada rede intersetorial de atendimento às meninas e mulheres em situação de ILG, é que são construídos os fluxos e protocolos de atendimentos que identificarão as atribuições específicas e responsabilidades, como ocorrerão os encaminhamentos entre os diferentes órgãos e os mecanismos de referência e contrarreferência do atendimento.

Apresentam-se a seguir as políticas públicas que atuam de maneira intersetorial perante a situação de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, sem pretensão de esgotar todos os órgãos e instituições dessa rede, mas fomentar as/os profissionais da saúde para uma atuação articulada e integral.

1.1. Rede de Atenção à Saúde

O direito à assistência integral à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe que toda a rede de saúde deve estar sensibilizada e apta a prestar o atendimento adequado às meninas e mulheres em situação de ILG desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os serviços de alta complexidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a porta de entrada preferencial do SUS, onde se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de problemas relevantes.

Por estar localizada no território, a APS constitui-se em um espaço privilegiado de proximidade com as/os usuárias/os do SUS, inclusive para identificação de situações de violências sexuais e/ou promover as orientações e os encaminhamentos necessários para garantir o acesso ao direito à interrupção legal nas diferentes hipóteses previstas em lei.

Por essa razão, a APS deve estar sensível às demandas referentes ao atendimento da menina e mulher em situação de ILG, realizar a acolhida e escuta qualificada propiciando um ambiente de confiança e respeito, assim como acionar os demais serviços e as instituições necessárias ao atendimento integral das usuárias.

A Atenção Secundária e a Terciária, por sua vez, são formadas pelos serviços especializados no nível ambulatorial e hospitalar, relacionadas aos procedimentos de média e alta complexidade. A Atenção Secundária à Saúde compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico, terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Já a Atenção Terciária é destinada ao atendimento das necessidades de saúde que exigem terapias e procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares. É nesses níveis de atenção que serão realizados os procedimentos de interrupção legal da gestação.

1.2. Rede Socioassistencial

A rede socioassistencial é composta pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios sociais vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), visando a garantir a segurança socioassistencial. O SUAS está dividido em níveis de proteção social e é materializado por meio de Equipamentos e Serviços Socioassistenciais, pre-

vistos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada na Resolução n. 109/2009 do CNAS.

Os Serviços de Proteção Social Básica visam a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, tendo como equipamento principal o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Nesse equipamento, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) realiza o trabalho social de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, fortalecer vínculos e promover o acesso a direitos.

Caracteriza-se como a porta de entrada da política de assistência social por meio de ações individuais e coletivas, de caráter preventivo e de acompanhamento no território de residência.

É para esse nível de Proteção Social que devem ser direcionadas as demandas de meninas e mulheres que apresentam situação de vulnerabilidade social, sem que tenha sido narrada, porém, situação de violação de direitos ou situações de violência.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade presta atendimento especializado por meio de acompanhamento psicossocial a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.

Tem como equipamento principal o Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), onde é ofertado o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), com acompanhamento de famílias com um ou mais de seus membros que vivenciam situações de violência.

Inexistindo CREAS, os atendimentos às situações de violações de direitos do Município devem ser realizados por equipe específica da Proteção Social Especial no órgão gestor da Assistência Social.

Para esse nível de Proteção Social, devem ser encaminhadas as meninas e mulheres que reportam situações de violência, a fim de que recebam atendimento especializado, suporte e acompanhamento psicossocial.

Os Serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade destinam-se às situações de fragilização de vínculos familiares e comunitários em que há necessidade de afastamento temporário ou permanente do convívio familiar. Estão previstos serviços nas modalidades de acolhimento institucional, Casa Lar ou Acolhimento Familiar, para crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, mulheres e famílias.

As demandas de acolhimento decorrem do acompanhamento realizado nos dois níveis de proteção social anteriores, portanto o fluxo de encaminhamento para estes Serviços é feito pelas equipes técnicas no próprio âmbito da política de assistência social ou por outros órgãos de proteção.

1.3. Sistema de Justiça

É constituído pelo conjunto de instituições em que se articulam ações de natureza jurídica e social (BORGIANNI, 2013), fazendo parte dele o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Segurança Pública. Cada instituição, de acordo com sua função, produz mecanismos de atuação que possibilitam alcançar atribuições institucionais previstas na Constituição Federal, sobretudo no acesso à justiça.

1.3.1. Defensoria Pública

A Defensoria Pública é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, das pessoas que não podem arcar com as despesas de um processo judicial sem que haja prejuízo do amparo e sustento da renda familiar ou em situação de vulnerabilidade.

De acordo com o art. 4º, XI, da Lei Complementar n. 80/1994 e com o art. 4º, XI, da Lei Complementar Estadual n. 575/2012, uma das funções institucionais da Defensoria Pública é exercer a defesa dos direitos individuais e coletivos da criança, do adolescente e da pessoa idosa, da pessoa com deficiência, da mulher em situação de violência do-

méstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado.

É função da Defensoria Pública, ainda, atuar “na preservação e na reparação dos direitos de pessoas vítimas de tortura, abusos sexuais, discriminação ou qualquer outra forma de opressão ou violência”.

A Defensoria Pública constitui, portanto, em espaço de referência para o acolhimento e a assistência jurídica a grupos especialmente vulnerabilizados, como as mulheres em situação de violência. Nesse sentido, a instituição atua tanto no atendimento individual às pessoas que buscam acesso à justiça e informação sobre seus direitos quanto na tutela coletiva, acompanhando e monitorando as políticas públicas garantidoras de direitos sociais. Para além disso, a Defensoria Pública deve promover ações de educação em direitos, disseminando conhecimento para o exercício da cidadania.

Assim, mulheres e meninas que tenham enfrentado dificuldades ou obstáculos para acessar seu direito ao aborto nas hipóteses previstas em lei podem acionar a Defensoria Pública para a adoção das providências cabíveis, judicial ou extrajudicialmente. Defensoras e defensores públicos também podem atuar de forma coletiva para garantir que a interrupção da gestação seja acessível a todas aquelas pessoas que se enquadrem nas hipóteses legais e, ainda, para conscientizar a sociedade em geral a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

1.3.2. Ministério Público

O Ministério Público, de acordo com o art. 127 da Constituição Federal, é incumbido da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, trazendo consigo os princípios de autonomia, unidade, indivisibilidade e independência institucional.

Dessa maneira, o Ministério Público é um dos órgãos eleitos constitucionalmente para que os direitos sejam efetivados, sobretudo os direitos sociais e individuais indisponíveis, atuando no fomento e na fiscalização de políticas públicas e, por conseguinte, em articulação com a sociedade civil em diversas temáticas afetas às políticas públicas. A instituição detém atribuição na esfera extrajudicial de fiscalização das políticas públicas

de saúde, entre as quais os Serviços de Interrupção Legal da Gravidez, além do atendimento às demandas individuais e coletivas referentes às situações de aborto legal que aportam nas Promotorias de Justiça. Por outro lado, em âmbito judicial, quando se fizer necessário, o MP detém legitimidade para propositura de Ação Civil Pública a fim de garantir direitos individuais indisponíveis e coletivos que estejam sendo obstaculizados.

1.3.3. Poder Judiciário

A função precípua do Poder Judiciário é a de prestar a jurisdição a partir da instrução e do julgamento das ações judiciais propostas. Após a apuração dos fatos e argumentos das partes envolvidas em litígio judicial, o Poder Judiciário deve decidir o conflito posto e determinar a realização do direito em questão no caso concreto. Proferida a decisão, incumbe-lhe, conforme o decidido, a adoção de medidas para a sua concretização.

Sendo assim, compete ao Poder Judiciário julgar as demandas referentes à interrupção legal da gravidez apresentadas pelas partes interessadas ou vítimas, por meio de advogado, valendo-se da representação pelo Ministério Público ou, ainda, pela Defensoria Pública.

1.3.4. Segurança Pública

Entre os órgãos de segurança pública, a Polícia Civil tem como atribuição constitucional exercer as funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais, visando a determinar a materialidade, a autoria e as circunstâncias que envolveram uma infração penal.

Dentro das estruturas da Polícia Civil destacam-se as Delegacias de Proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher e ao Idoso (DPCAMI), que são unidades especializadas de atendimento para o acolhimento de pessoas em situação de violência, sendo elas crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Nessa esteira, a Polícia Científica é o órgão permanente de perícia oficial, competindo-lhe a realização de perícias criminais, os serviços de identificação civil e criminal e a pesquisa e o desenvolvimento de estudos nessa área de atuação. Em Santa Catarina, ela está estruturada em quatro Diretorias Técnico-Científicas: Diretoria de Criminalística,

Diretoria de Identificação Civil e Criminal, Diretoria de Medicina Legal e Diretoria de Análises Laboratoriais Forenses.

Por outro lado, a Polícia Militar atua como força pública, a partir de sua missão constitucional (art. 144 da CF/88), e abrange a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública.

Diante das atribuições de cada instituição, no que tange às situações de interrupção legal da gravidez decorrentes de violência sexual, a Polícia Militar atuará in loco quando acionada, ao passo que a Polícia Civil realizará investigação de fato criminoso noticiado por quaisquer pessoas e à Polícia Científica caberá a realização do exame médico-legal e da cadeia de custódia.

1.4. Controle Social

Além dos órgãos e das instituições anteriormente mencionados, os órgãos de controle social são parte importante da rede intersetorial de atendimento às meninas e mulheres em situação de ILG.

O controle social advindo da CF/88 (art. 204) configura-se como um instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão política, administrativo-financeiro e técnico-operativo, com caráter democrático e descentralizado. Os Conselhos de Direitos são instâncias deliberativas colegiadas com caráter permanente e composição paritária entre representantes do poder público e representantes da sociedade civil (usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da área).

Os Conselhos de Direitos e Políticas Públicas, como os Conselhos de Saúde, Assistência Social, da Criança e do Adolescente, da Mulher e LGBTQIA+ são importantes espaços para discussão e fomento de ações e políticas públicas com vista a garantia do direito ao aborto legal.

PARTE II:

ORIENTAÇÕES ÀS E AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A interrupção de gravidez nas situações previstas em lei, como já mencionado, é um serviço de saúde ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo direito da pessoa que o procura ser devidamente informada sobre como interromper a gravidez de forma legal, segura e gratuita. A falta de acesso à informação pode contribuir com gestações em situações que violam o princípio da dignidade humana e a autodeterminação reprodutiva, bem como expor a pessoa grávida a prejuízos físicos, morais e psicológicos (BIGGS et al., 2017; JERMAN et al., 2017). Além disso, a falta de acesso à informação pode contribuir para a realização de interrupções clandestinas (CHEMLAL; RUSSO, 2019) e potencialmente inseguras (HEILBORN et al., 2012), levando a importantes agravos em saúde.

Nesse escopo, objetivando qualificar o atendimento e dirimir eventuais dúvidas sobre o procedimento da interrupção legal da gestação, este capítulo objetiva consolidar orientações às e aos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

2.1. O que é interrupção legal de gravidez (ILG)?

Consiste na interrupção proposital de uma gestação sem a intenção de produzir neonato vivo e que não resulta em nascido vivo (CUNNINGHAM, 2016), nas situações em que a legislação brasileira permite. São elas: gestações decorrentes de estupro, quando é necessário para salvar a vida da gestante (hipóteses previstas no Código Penal) e em caso de anencefalia fetal, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal (BRASIL, 2012b).

2.2. Existe limite de idade gestacional para realização do procedimento de ILG?

De acordo com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, não há limite para a interrupção legal da gestação (BRASIL, 2012a; 2014), exceto nos casos de gravidez decorrente do estupro, quando a recomendação é que a interrupção aconteça entre 20-22 semanas (BRASIL, 2012b). No entanto, importa evidenciar que as normas técnicas devem ser interpretadas à luz do que preconiza a Constituição, as leis e as evidências científicas. Sendo assim, por não haver previsão de limite no Código Penal brasileiro, também não há limite máximo de idade gestacional para realização da interrupção da gestação.

2.3 O que deve ser feito nas situações em que a menina ou mulher em situação de ILG encontra-se com idade gestacional acima de 22 semanas?

O procedimento de interrupção deve ser realizado sempre que a equipe de saúde entenda ser seguro e adequado, atendendo à escolha e ao consentimento da mulher, menina ou de sua/seu representante legal.

É importante destacar que a ILG em gestações avançadas é um desafio para todas as pessoas, considerando que o direito legal e a assistência integral e humanizada às meninas e mulheres precisam ser garantidos. Diante disso, em gestações acima de 22 semanas, a equipe técnica avaliará cada situação individualmente, compreendendo-se que a idade gestacional não determina a não realização do procedimento. Quando há viabilidade fetal, orienta-se que seja realizado o procedimento de indução de assistolia fetal previamente à indução de parto, cabendo aos serviços e às/aos gestoras(es) organizarem-se para que este procedimento seja garantido.

2.4. Como se dá o consentimento?

Para a realização da interrupção da gestação é necessária a manifestação de consentimento da mulher, que deverá ser devidamente orientada pela equipe que está realizando o seu cuidado em saúde sobre o procedimento a que será submetida. Assim,

é preciso ter ciência de que a realização da interrupção legal da gestação, em qualquer circunstância, exige o consentimento livre e esclarecido da mulher, exceto nos casos de iminente risco de vida.

De acordo com o Código Civil, a partir dos 18 anos, a mulher é capaz de consentir sozinha. Por outro lado, se entre 16 e 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela. Ainda, antes de completar 16 anos, a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela (artigos 3º, 4º, 5º, 1.631, 1.690, 1.728 e 1.767 do Código Civil). Mesmo nesse caso, a vontade da adolescente ou menina com menos de 16 anos de idade deve ser ouvida e considerada.

a. Das meninas em situação de ILG com idade inferior a 16 anos

As crianças e as adolescentes menores de 16 anos, no que diz respeito ao consentimento para a realização do aborto legal, são representadas pelos seus responsáveis mediante documento escrito (artigo 1.690 do Código Civil e artigo 128, II, Código Penal).

É preciso observar, ainda, que compete aos responsáveis, e, na falta de um deles, ao outro, com exclusividade, consentir com a realização do procedimento. Havendo divergência entre eles, pode-se recorrer ao Judiciário para a solução necessária. Nessa situação, o caso poderá ser enviado ao Ministério Público, que promoverá a medida judicial cabível, mas quaisquer dos pais também poderá, por meio da Defensoria Pública ou de advogado, requerer ao juiz a solução do desacordo (Código Civil, artigo 1.690).

Finalmente, se os pais não consentirem com a interrupção legal da gravidez, divergindo ambos da vontade da menina com menos de 16 anos, também cabe ao Judiciário a decisão, suprimindo ou não o consentimento dos representantes, mediante requerimento do Ministério Público (Código Civil, artigo 1.690).

b. Das adolescentes em situação de ILG com idade inferior a 18 anos e superior a 16 anos

Adolescentes que já completaram 16 anos de idade, mas ainda não têm 18 anos, são consideradas relativamente incapazes, devendo ser assistidas pelos pais ou tutores, ou por um dos pais, se um deles estiver morto, ausente ou em lugar desconhecido (artigos 4º e 1.690 do Código Civil).

Decididamente, portanto, meninas entre 16 e 18 anos não poderão consentir sozinhas com a prática da interrupção legal da gestação. A respeito do disposto pelo Código Penal, vale pontuar que se incluem na expressão “representante legal” os “representantes do menor de 16 anos” e os “assistentes do menor de 18 e maior de 16 anos”, de sorte a reiterar a necessidade de autorização dos pais (artigo 128, II).

c. Das mulheres em situação de ILG com idade superior a 18 anos

A mulher adulta (com 18 anos ou mais) é plenamente capaz para sozinha consentir com a interrupção legal da gravidez. Em casos excepcionais, a pessoa com menos de 18 anos também poderá ser considerada plenamente capaz, consentindo sozinha com a ILG. Tais hipóteses estão dispostas no artigo 5º do Código Civil: concessão dos pais ou sentença judicial, casamento, exercício de emprego público efetivo, colação de grau no ensino superior e existência de relação de emprego que proporcione economia própria.

2.5. Como acontece o procedimento de justificação e autorização da ILG?

Conforme a Portaria de consolidação MS/GM n. 5, de 28 de setembro de 2017, os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do SUS devem ser adotados pelos serviços de saúde para a realização do abortamento em situações de violência sexual, exceto os casos que envolvem riscos de morte à menina ou mulher, e compõem-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de termos, arquivados e anexados ao prontuário médico, garantida a confidencialidade daqueles termos.

A primeira fase se constitui no relato circunstanciado do evento, realizado pela própria menina ou mulher, perante dois profissionais de saúde do serviço. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela pessoa grávida e, quando incapaz civilmente, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

- I. local, dia e hora aproximada do fato;
- II. tipo e forma de violência;

III. descrição do autor da violência, se possível; e

IV. identificação de testemunhas, se houver.

A segunda fase dá-se com a intervenção do médico ou médica que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver. Paralelamente, a menina ou mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional. Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico. A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeira(o), assistente social e/ou psicóloga(o).

A terceira fase materializa-se com a assinatura da menina ou mulher no Termo de Responsabilidade e, se incapaz civilmente, também de seu representante legal, estando o procedimento de justificação e autorização para ILG descrito na Portaria MS/GM n. 1.508/2005, que é o Anexo A da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde.

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

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

a. os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;

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

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

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

- deverá ser assinado pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal;

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

Por fim, vale destacar que não caberá, em nenhuma das etapas, à/ao profissional de saúde adotar postura investigativa e de avaliação do relato feito pela menina ou mulher. Ainda, todos os termos³ que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei deverão ser elaborados em duas vias, sendo uma fornecida à menina ou mulher em situação de ILG.

2.6. É necessário apresentar Boletim de Ocorrência para realização do procedimento?

O atendimento para realização da ILG à menina ou mulher em situação de violência sexual não está condicionado ao registro de Boletim de Ocorrência (B.O), o que significa dizer que, para receber o atendimento em saúde, a pessoa não tem o dever legal de notificar o fato à polícia, tampouco está legalmente obrigada a oferecer representação contra o autor da violência, sendo esse o caso.

No momento do atendimento, a pessoa deve ser informada sobre as providências policiais e judiciais possíveis, cabendo, todavia, apenas a ela decidir sobre como prosseguir, devendo sua decisão ser respeitada pelas(os) profissionais da saúde que a assistem, respeitando, assim, o sigilo ético.

2.7. É necessária autorização judicial para realização do procedimento?

A realização da ILG não depende de decisão judicial, consistindo em prática ilegal sua exigência por parte da/do profissional de saúde.

3- Os Termos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez estão dispostos nos Anexos da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, editada pelo Ministério da Saúde, e podem ser acessados no link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

2.8. Devo notificar algum órgão interno ou externo ao realizar o procedimento de ILG?

A Lei Federal n. 10.778/2003 determina a notificação compulsória para os casos de violência contra a mulher⁴ que for atendida em serviços de saúde, sejam públicos ou privados, feita por meio do preenchimento da ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (art. 1º, caput). Tal notificação, que deve possuir caráter sigiloso (art. 3º, caput), sem conter identificação da pessoa em situação de violência, tem por finalidade informar às autoridades sanitárias as situações de violência ocorridas, para fins epidemiológicos e estatísticos, com vistas à formulação e avaliação de políticas públicas. Embora não haja previsão legal específica para as situações de ILG, depreende-se da norma que, quando a realização de tal procedimento é decorrente de violência sexual, cabe à/ao profissional da saúde o preenchimento da ficha do SINAN. Sugere-se, ainda, a leitura do instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, material elaborado pelo Ministério da Saúde que fornece orientações acerca do procedimento de notificação (BRASIL, 2016).

Essa notificação não se confunde, porém, com a comunicação externa, que é a direcionada à Órgão não integrante do sistema de saúde. Nesse caso, a comunicação externa deve respeitar a Lei Federal n. 10.778/2003, que assim estabelece:

Art. 1º Constituem objeto de **notificação compulsória**, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

[...]

§ 4º Os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.

[...]

4- Tendo como referência a Lei Federal n. 10.778/2003, considera-se “violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado” (art. 1º, § 1º). Ainda, compreende-se que a “violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que: I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual; II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra” (art. 1º, § 2º). Na definição do termo, devem também ser observadas “as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher” (art. 1º, § 3º).

Art. 3º A **notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.**

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em **caráter excepcional**, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

É preciso observar que não existe, até o momento, regulamentação editada pelo Ministério da Saúde do fluxo ou forma de realização da comunicação externa, de modo a respeitar e compatibilizar o disposto nos citados § 4º do art. 1 e art. 3º, caput e parágrafo único, da Lei n. 10.778/2003, resguardando o sigilo médico no atendimento às mulheres em situação de ILG.

Os casos de suspeita ou confirmação de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, conforme art. 70-B do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/1990).

2.9. E o sigilo profissional?

Assim como qualquer atendimento em saúde, o atendimento à menina ou mulher em situação de ILG requer a observância da ética profissional. Especificamente, o sigilo profissional é assegurado pelo art. 73 do Código de Ética Médica, o qual proíbe à(ao) médica(o) revelar fato de que tenha conhecimento em razão de sua profissão, mesmo nos casos de fato publicamente conhecido ou paciente falecida(o), de depoimento como testemunha e de investigação criminal. Apenas havendo justo motivo, que não se configura em hipóteses de interrupção da gravidez, vale dizer, dever legal ou consentimento escrito da(o) paciente, o sigilo poderá ser quebrado. O sigilo não será absoluto somente em hipóteses excepcionais, tal como previsto no art. 1º, § 4º, e art. 3º, parágrafo único, da Lei Federal n. 10.778/2003:

Art. 1º Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados. (Redação dada pela Lei nº 13.931, de 2019)
(Vigência)

[...]

§ 4º Os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.

[...]

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, **somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.** (Grifou-se).

Essa proteção é replicada no artigo 81 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no artigo 9º do Código de Ética Profissional do Psicólogo e nos artigos 16, 17 e 18 Código de Ética Profissional do Assistente Social.

O sigilo profissional, assim, fundamenta a base de confiança que norteia a relação profissional-paciente ao resguardar à/ao paciente o direito de não exposição de acontecimentos de sua vida pessoal que possam motivar julgamentos que ela/ele deseja obstar. No que tange à interrupção legal da gravidez, a garantia de confidencialidade à equipe de saúde sustenta condições para que meninas e mulheres possam, segundo os ditames da própria consciência, exercer seu direito de receber atendimento integral à sua saúde, bem como autorizar a interrupção da gravidez livre de submissão e julgamento exterior.

Essa compreensão do sigilo enquanto condição fundamental aos atendimentos em saúde e direito da mulher é embasada na Convenção das Nações Unidas para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, 1979, Recomendação n. 24) e em orientação técnica da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013, item 3.3.5). Da mesma forma, o Instituto de Bioética ANIS e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade preconizam que as políticas direcionadas aos cuidados integrais da saúde sexual e reprodutiva da mulher, incluindo violência contra a mulher, abortamento, entre outros, no âmbito do SUS, devem orientar-se com a recomendação de que os atendimentos em saúde sejam realizados com a indispensabilidade do sigilo profissional (ANIS, SBMFC, 2021).

Constituem exceções ao sigilo médico os casos objeto de notificação compulsória constantes na Lei Federal n. 10.778/2003, não havendo disposição legal específica para situações de ILG, conforme já mencionado. Afora isso, o desrespeito ao sigilo profissional pode ensejar procedimento criminal, civil e disciplinar contra quem revelou a informação, que responde por todos os danos causados. Essa previsão encontra abrigo na própria Constituição Federal, a qual salvaguarda o direito à inviolabilidade da intimidade e vida privada das pessoas, sob pena de indenização material ou moral decorrente de sua violação. Ainda, segundo o artigo 154 do Código Penal, constitui crime “revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”.

2.10. Devo garantir que a menina ou mulher seja acompanhada durante o atendimento?

Sim, caso a menina ou mulher em situação de ILG opte, poderá solicitar a presença de acompanhante durante todas as fases do acolhimento, nos termos da Lei Federal n. 11.108/2005.

2.11. Posso recusar-me a realizar o procedimento de aborto alegando objeção de consciência?

A objeção de consciência refere-se à recusa por parte das/dos profissionais de saúde de “realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, conforme dispõe o Código de Ética Médica, inciso IX, Capítulo II. Esse instituto também está salvaguardado pelo artigo 5º, VIII, da Constituição Federal, o qual possibilita ao cidadão eximir-se de deveres legais incompatíveis com suas convicções religiosas, filosóficas ou políticas.

Não obstante, caso uma/um profissional invoque a objeção de consciência em situações de aborto, deve o estabelecimento de saúde assegurar às meninas e mulheres o direito à interrupção legal da gestação, a ser realizada por outra/o profissional da instituição ou de outro serviço. De fato, constitui-se em obrigação dos hospitais públicos

garantir, em seu quadro, profissionais que realizam o procedimento ou o encaminhamento, conforme os fluxos estabelecidos pelos SUS, para o serviço de referência.

Assim, é oportuno frisar que, nas situações em que houver objeção de consciência, o atendimento deve ser prontamente garantido por outra/o profissional de saúde, de modo que o exercício do direito da/do profissional objetor não viole o direito da mulher à ILG. Cumpre sublinhar, ademais, que a objeção de consciência é uma ferramenta jurídica de defesa e de uso pessoal; por isso, enquanto tal, não pode ser alegada por instituições nem empregada com fins de denunciar ou realizar julgamentos morais ou religiosos contra a mulher.

Por fim, cabe ressaltar que, nos termos da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, a objeção de consciência não pode ser invocada nas situações em que: haja risco de morte para a pessoa grávida; inexista outra/o profissional que realize o abortamento legal; a recusa profissional possa acarretar danos ou agravos à saúde da menina ou mulher; no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratar de urgência; e no cuidado pós-aborto. Ainda, em caso de omissão, a/o profissional de saúde pode ser responsabilizada(o) por eventuais danos de ordem moral, física ou psíquica sofridos pela menina ou mulher, inclusive pelo crime de omissão de socorro, previsto nos artigos 13, § 2º, e 135 do Código Penal.

2.12. O que deve ser feito com os Resíduos dos Serviços de Saúde na Interrupção Legal da GestaçãO?

O gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, dentre os quais se incluem os resultantes da Interrupção Legal da GestaçãO, está regulamentado na Resolução n. 222, de março de 2018, que os define como parte do Subgrupo A3:

Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

A destinação dos resíduos integrante do Subgrupo A3 está prevista no art. 52 da mesma Resolução:

Art. 52. Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) do Subgrupo A3 devem ser destinados para sepultamento, cremação, incineração ou outra destinação licenciada pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. Quando forem encaminhados para incineração, os RSS devem ser acondicionados em sacos vermelhos e identificados com a inscrição.

Quando, porém, o desfecho da ILG não se enquadrar no Subgrupo A3, em especial nas hipóteses em que for impositivo o preenchimento da Declaração de Óbito, a destinação do produto de fecundação sem sinais vitais deve ocorrer de forma diversa da anteriormente referida. Todavia, mesmo nesses casos, não se deve incumbir à menina ou mulher e/ou aos familiares a responsabilidade da destinação dos resíduos, salvo se por eles solicitado. Ainda, vale destacar que a Polícia Científica não faz a coleta e destinação do referido produto, mas, tão somente, pode realizar a coleta de material genético em casos de violência sexual.

Como sugestões para esses casos, elencam-se como encaminhamentos que o serviço de saúde (i) organize um sepultamento social, em parceria com a rede municipal (saúde e/ou assistência social), sem envolver a família ou (ii) que destine a algum instituto de ensino/pesquisa, como departamento de anatomia, por exemplo.

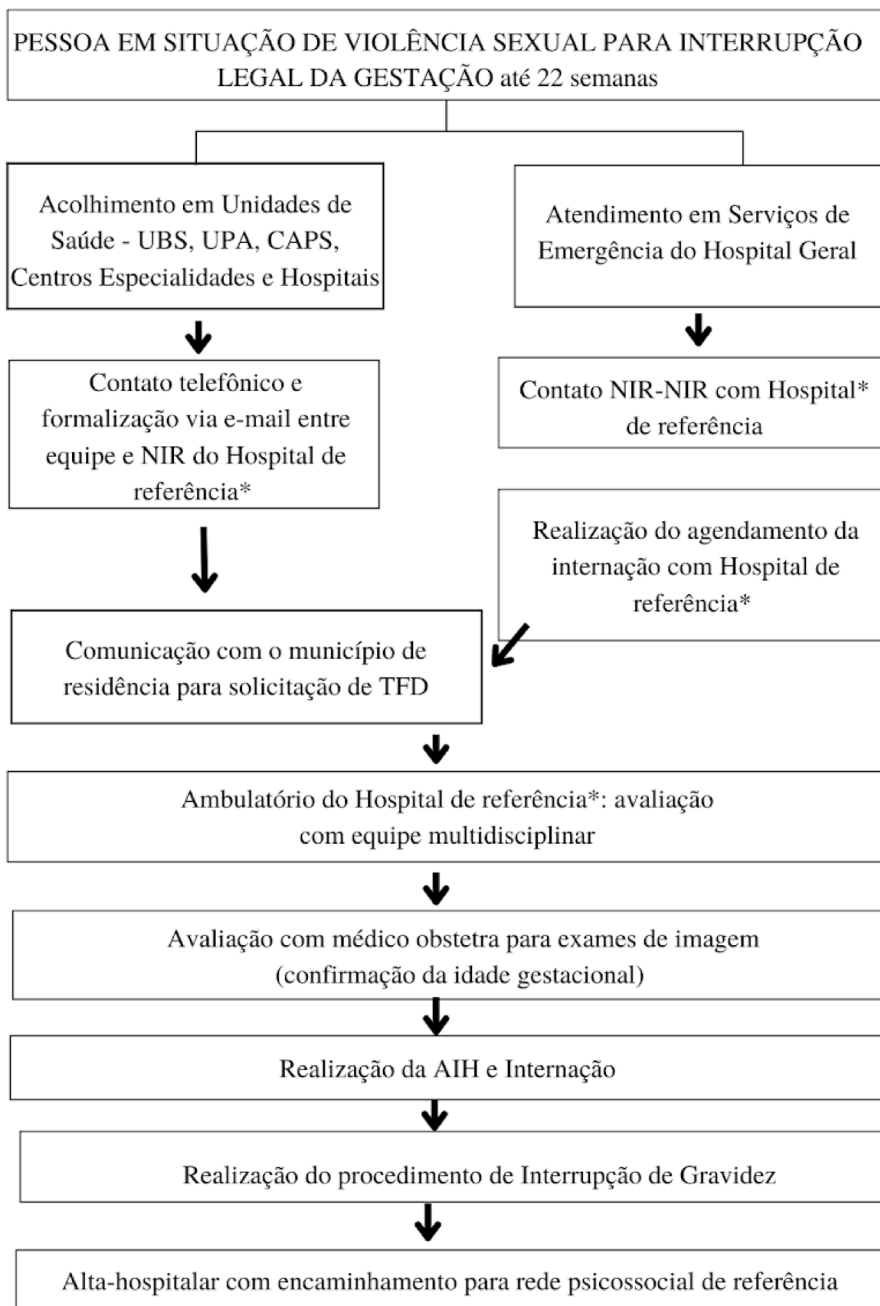
2.13. Qual o fluxograma para a Atenção à ILG?



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Assistência a Interrupção Legal da Gestação	VERSÃO	001
	Edição Inicial	dezembro/2022

FLUXOGRAMA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA PARA INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO



*Hospital de referência para Atenção a Interrupção de Gravidez nos casos Previstos em Lei

O fluxo é parte da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite na Deliberação n. 160 CIB/2022.

Este fluxo se aplica, também, no que couber e quando necessário, às demais hipóteses de Interrupção Legal da Gravidez, quais sejam, feto anencéfalo e risco de vida para a menina ou mulher.

No caso específico de encaminhamento destinado à Alta Complexidade em Saúde, encaminhar para Serviços de Referência, conforme o Quadro I - Serviço Especializado - 165 - Atenção às pessoas em situação de violência sexual - Classificação 006: Atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.

2.14. Encaminhamento

Cabe às/aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, bem como dar os devidos encaminhamentos se esse for o desejo da menina ou mulher.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve coordenar o cuidado e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, observando outros pontos de atenção à saúde, de modo a identificar as principais situações recorrentes na rede de atenção à saúde.

O encaminhamento para interrupção legal da gestação deverá ser organizado pela/o profissional de saúde que atender a menina ou mulher nos diferentes níveis de atenção. Cabe a essa/esse profissional fazer contato telefônico com os serviços hospitalares de referência, por meio do sistema de regulação interna entre as unidades.

No caso específico de encaminhamentos destinados à alta complexidade em saúde, encaminhar para Serviços de Referência, conforme segue:

Serviço Especializado por Região

Estabelecimento de Saúde	Região de Referência
<p>Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago</p> <p>R. Profa. Maria Flora Pausewang - Trindade, Florianópolis - SC</p> <p>(48) 3721 8285 (48) 3721 9140</p> <p>uasm.huufsc@ebserh.gov.br</p>	<p>Grande Florianópolis, Meio Oeste e Grande Oeste (exceto o Município de São José)</p>
<p>Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes</p> <p>R. Adolfo Donato da Silva, 126 - Praia Comprida, São José - SC</p> <p>(48) 3721 9700 (48) 3721 9023</p> <p>hrrsj@saude.sc.gov.br</p>	<p>Município de São José e Região Sul</p>
<p>Hospital Santo Antônio</p> <p>R. Itajaí, 545 - Vorstadt, Blumenau-SC</p> <p>(47) 3231 4000 (47) 3231 4001</p> <p>saude@blumenau.sc.gov.br</p>	<p>Região do Vale do Itajaí</p>
<p>Maternidade Darcy Vargas</p> <p>R. Miguel Couto, 44 - Anita Garibaldi, Joinville - SC</p> <p>(47) 3461 5700</p> <p>mdv@saude.sc.gov.br getecmdv@saude.sc.gov.br</p>	<p>Regiões Norte e Nordeste</p>

Quadro I - Serviço Especializado - Código 165 - Atenção às pessoas em situação de violência sexual - Classificação 006: Atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.

Destaca-se que a regionalização, conforme citada, com a indicação dos hospitais/ maternidades que farão o atendimento às meninas e mulheres, aplica-se às três hipóteses de ILG.

Pontua-se, também, que a referida listagem de serviços pode ser acessada em sua versão continuamente atualizada no Portal da Secretaria de Estado de Saúde, conforme o link: <https://saude.sc.gov.br/index.php/servicos/profissionais-de-saude/14051-fluxo-grama-estadual-de-assistencia-para-interruptao-legal-da-gestacao>

De acordo com a Portaria de Consolidação MS/GM n. 5, de 28 de setembro de 2017, o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL) terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando:

- I. atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial;**
- II. apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e**
- III. coleta e guarda de material genético.**

Conforme Norma Técnica Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011), a qual é reconhecida como importante referencial teórico e prático aos serviços e às/aos profissionais de saúde, a atenção às meninas e mulheres se materializa não apenas com oferta e o atendimento imediato, mas também com a garantia do cuidado integral, da humanização da atenção e de posturas éticas de respeito aos direitos humanos das mulheres, não se permitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso. Destacam-se, nessa organização, os seguintes pontos:

1. O acolhimento refere-se à escuta respeitosa às pessoas, livre de preconceitos, garantindo-se que as informações referidas pelas meninas e mulheres foram levadas em consideração e que as dúvidas e preocupações foram devidamente sanadas.

2. A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias para a tomada de decisões relacionadas ao autocuidado e à autodeterminação, considerando princípios éticos da autonomia e as diretrizes do SUS.

3. Atenção Clínica ao Abortamento.
4. Planejamento Reprodutivo Pós-Abortamento.

Por fim, os estabelecimentos de saúde que organizam a oferta do serviço de referência funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação (art. 684, parágrafo único, da Portaria de Consolidação MS/GM n. 5, de 28 de setembro de 2017).

PARTE III:

MARCOS LEGAIS E NORMATIVOS

Em nosso País, atualmente, a interrupção da gestação é permitida nos casos de risco à vida da mulher ou menina, gravidez decorrente de violência sexual e anencefalia fetal (nesta última hipótese, por decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF 54, de 2021). Nesses casos, portanto, a interrupção da gravidez constitui direito das mulheres, adolescentes e meninas, devendo ser garantido por meio do acesso aos serviços de saúde, independentemente de decisão judicial ou registro de boletim de ocorrência.

O acesso aos serviços de saúde para exercício do direito à interrupção legal da gravidez deve observar, além das normativas nacionais, parâmetros internacionais fundamentais para a compreensão do direito das meninas e mulheres à saúde sexual e reprodutiva.

Não se pode esquecer que o Brasil é signatário do mais importante tratado internacional de promoção dos direitos das mulheres, a **Convenção das Nações Unidas para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)**, de 1979. O documento traz diretrizes para que os Estados-Parte promovam a igualdade entre homens e mulheres e eliminem todas as formas de discriminação contra as mulheres em suas legislações, seus serviços e políticas públicas, inclusive na esfera dos cuidados médicos e do acesso à saúde (art. 12). Nesse aspecto, a CEDAW determina aos Estados-Parte que forneçam às mulheres serviços apropriados relacionados à gravidez, ao parto e ao período pós-natal, assim como nutrição adequada durante a gravidez e o aleitamento.

Especificando ainda mais as obrigações dos Estados no que tange à saúde das mulheres, a **Recomendação n. 24 do Comitê CEDAW** aponta que deve ser assegurado às mulheres, nos serviços de saúde, treinamento sensível ao gênero, acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e respeito aos seus direitos humanos, incluindo autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento informado e escolha. De acordo com a recomendação, o desrespeito à confidencialidade pode dissuadir as mulheres de procurarem aconselhamento e tratamento, o que pode afetar negativamente a sua

saúde e seu bem-estar, principalmente em casos relacionados a doenças do trato genital, contracepção, aborto e violência sexual (CONVENÇÃO, 1979).

A Organização Mundial da Saúde, em suas orientações técnicas sobre aborto seguro, atualizadas em março de 2022, considera que a imposição de procedimentos desnecessários ao exercício do direito à interrupção legal da gravidez pode gerar danos às mulheres, destacando que o acesso ao aborto seguro é parte fundamental da assistência à saúde. O documento aponta, ainda, a importância de se removerem barreiras políticas ao acesso à interrupção da gravidez, como os tempos de espera obrigatórios, limites em prazo máximo de idade gestacional ou exigência de aprovação por outras pessoas, como parceiros, familiares⁵ ou instituições (OMS, 2013).

No âmbito nacional, é importante lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem, como princípios norteadores, a universalidade, a integralidade e a equidade, consoante dispõe a **Lei n. 8080/1990**. Assim, a saúde é encarada como uma questão de cidadania, direito de todas as cidadãs e cidadãos brasileiros, a partir do reconhecimento das diferenças concretas nas condições de vida e de saúde e nas necessidades de cada pessoa.

No que tange ao atendimento à saúde de mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** do Ministério da Saúde prevê a necessidade de organização de redes integradas de atenção às mulheres, ações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e ações preventivas em relação às violências (BRASIL, 2004).

A **Lei do Minuto Seguinte** (Lei n. 12.845/13) dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual, o qual deve ser oferecido, de modo imediato, em todas as unidades de saúde da rede do SUS.

O **Decreto n. 7.958/2013** traz diretrizes para o atendimento de vítimas de violência sexual pelas(os) profissionais da segurança pública e de saúde, entre elas o atendimento humanizado, respeitados os princípios da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; a disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento; e a informação prévia à vítima, que deve compreender cada etapa do atendimento e ter respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento.

⁵- Em regra, a consulta a terceiros, na legislação nacional, não se faz necessária, salvo em situações excepcionais, que estão detalhadas no item 2.2 Orientações às e aos profissionais de saúde desta cartilha.

No mesmo sentido, a portaria que trata dos direitos e deveres das usuárias e usuários de saúde (**Portaria n. 1.820/2009**) estabelece que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (art. 4º).

O procedimento de interrupção da gestação nos casos previstos em lei é regulamentado por normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde e, em se tratando de anencefalia, também por resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução n. 1.989/2012).

A **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde** (BRASIL, 2011) enfatiza que o atendimento às vítimas de violência sexual deve observar os princípios fundamentais da bioética, quais sejam, (a) a autonomia, entendida como o direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; (b) a beneficência, ou a obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano; (c) a não maleficência, pois a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis; e (d) a justiça ou imparcialidade da(o) profissional de saúde, que deve evitar que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na sua relação com a mulher.

O referido documento conceitua “atenção humanizada” como:

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora da relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influência na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão, respeitando-a.

Além disso, a **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes** (BRASIL, 2012b), a **Norma Técnica de Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos** (BRASIL, 2014), a **Portaria n. 2.561/2020** e a **Resolução CFM n. 1989/2021** são referências para o procedimento de interrupção da gravidez no sistema de saúde.

No âmbito estadual, a Secretaria Estadual de Saúde editou protocolos e fluxogramas que regem o atendimento às pessoas em situação de violência (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2016), aos casos suspeitos e confirmados de violência interpessoal e auto-provocada infantojuvenil (ESTADO DE SANTA CATARINA, [S.d.]b) e, especificamente, às pessoas em situação de violência sexual (ESTADO DE SANTA CATARINA, [S.d.]a). Os referidos documentos tratam dos procedimentos a serem adotados a partir do momento que a pessoa vítima de violência sexual dá entrada em uma unidade de saúde, com vistas a seu acolhimento, anamnese, tratamento, exames, encaminhamento e notificação à vigilância epidemiológica municipal.

Percebe-se, ante todo o exposto, que a interrupção legal da gravidez, nas três hipóteses mencionadas, é direito da menina e mulher e deve ser assegurado pelo Poder Público, por meio dos serviços de saúde. Esse atendimento integral, humanizado e acolhedor deve respeitar os princípios e as diretrizes consagrados na normativa internacional e nacional mencionada, com vistas à preservação da dignidade, da saúde e da autonomia da paciente. A imposição de obstáculos indevidos ao aborto legal se constitui em violência institucional e compromete a vida e a saúde das mulheres; assim, é dever de todas e todos assegurar que a interrupção da gravidez, nos casos previstos em lei, seja acessível a todas as mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANIS - Instituto de Bioética; SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar**. Brasília: LetrasLivres, 2021. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/CARTILHA_FINAL-Gravidez-Indesejada-na-APS.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

ARTICLE 19. Breve Panorama Sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil. São Paulo: **Article 19**, 2018. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/wp-content/uploads/2019/03/AbortoLegaleTransparencia.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Aborto Legal no Hospital do Jabaquara. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 424–428, 1993.

BRANCO, July Grassiely de Oliveira et al. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. **Cad Saúde Pública**, n. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BIGGS, M. A. et al. Women’s Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. **JAMA Psychiatry**, v. 74, n. 2, p. 169, 1 fev. 2017.

BORGIANNI, Elisabete. Para entender o Serviço Social na área sociojurídica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 115, p. 407-442, jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2021. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. [Norma Técnica de Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf. Acesso em: 7 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. [Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 7 agosto 2021.

_____. Ministério da Saúde. [Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes](#). Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf): Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 7 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares**. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agravos/Acidentes%20e%20Violências/Publicações/VIOLENCIA%20INTERPESSOAL%20E%20AUTOPROVOCADA/2%20-%20Notificação%20de%20violência%20interpessoal%20e%20autoprovocada.pdf>. Acesso em: 31 de jan. de 2023.

_____. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BROWN, Benjamin P., et al. Distance to an Abortion Provider and Its Association with the Abortion Rate: A Multistate Longitudinal Analysis. **Perspect Sex Reprod Health**, dez. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33332717/#:~:text=Results%3A%20Increased%20distance%20to%20a,0.011%20in%20the%20abortion%20rate>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CHEMLAL, S.; RUSSO, G. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. **BMC women's health**, v. 19, n. 1, p. 55, 2019.

CONVENÇÃO sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 30 jan. 2023.

CUNNINGHAM, F. G. et al. *Obstetrícia de Williams*. 24. ed. AMGH, 2016.

CUNNINGHAM, Scott et al. How Far Is Too Far? New Evidence on Abortion Clinic Closures, Access, and Abortions. **J Human Resources**, 2020. Disponível em: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w23366/revisions/w23366.rev1.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

DECLARAÇÃO e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

DINIZ, Debora, et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, 2014a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8yvjvPkBpfLNKvrHJrtmBHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto; ROSAS, Cristiano. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. **Reproductive Health Matters**, 2014b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24908465/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Fluxograma de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual**. [S.l.], [S.d.]. Disponível em: <https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Acidentes%20e%20Viol%C3%AAncias/Publica%C3%A7%C3%B5es/VIOL%C3%8ANCIA%20SEXUAL/2%20-%20Fluxograma%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20>

[Integral%20%C3%A0s%20Pessoas%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Viol%C3%Aancia%20Sexual.pdf](#). Acesso em: 7 fev. 2022.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. [S.l.], 2016. Disponível em: <https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Acidentes%20e%20Viol%C3%Aancias/Publica%C3%A7%C3%B5es/VIOL%C3%8ANCIA%20SEXUAL/1%20-%20Protocolo%20para%20o%20atendimento%20%C3%A0s%20pessoas%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%Aancia%20sexual.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2022.

_____. **Fluxograma de notificação: suspeita/ confirmação de violência interpessoal e autoprovaca infantojuvenil**. [S.l.], [S.d.]b. Disponível em: <https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Acidentes%20e%20Viol%C3%Aancias/Publica%C3%A7%C3%B5es/VIOL%C3%8ANCIA%20INTERPESSOAL%20E%20AUTOPROVOCADA/5%20-%20Fluxograma%20de%20Notifica%C3%A7%C3%A3o%20Suspeita-Confirma%C3%A7%C3%A3o%20de%20Viol%C3%Aancia%20Interpessoal%20e%20Autoprovocada%20Infantojuvenil.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2022.

FAÚNDES, Anibal, et al.. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000400005>. Acesso em: 31 jan. 2023.

FONSECA, et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>. Acesso em: 31 jan. 2023.

FRIEDMAN, Joseph et al. Quantifying disparities in access to public-sector abortion based on legislative differences within the Mexico City Metropolitan Area. **Contraception**, 2019.

GERDTS, Caitlin et al. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. **Women's Health Issues**, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26576470/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

GOLDMAN, Lisa et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. **Reproductive Health**, nov. 2015. Disponível em: [ht-](#)

[tps://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/artiles/10.1186/1742-4755-2-10](https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/artiles/10.1186/1742-4755-2-10).

Acesso em: 31 jan. 2023.

HEILBORN, M. L. et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699–1708, 2012.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 12, dez. 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1609/o-que-os-dados-nacionais-indicam-sobre-a-oferta-e-a-realizacao-de-aborto-previsto-em-lei-no-brasil-em-2019>. Acesso em: 31 jan. 2022.

JERMAN, J. et al. Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 49, n. 2, p. 95–102, 2017.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Uerj, p. 43-68, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;sequence=7#:~:text=%E2%80%93%20Sublingual%3A%20os%20comprimidos%20s%C3%A3o%20colocados,ficar%20deitada%20durante%2030%20minutos. Acesso em: 31 jan. 2023.

PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho et al. Conhecimento de médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre o aborto medicamentoso. **Cad Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00187918>. Acesso em: 7 de fev. 2022.

RALPH, Lauren et al. Prevalence of Self-Managed Abortion Among Women of Reproductive Age in the United States. **JAMA Netw Open**, dez. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7749440/>. Acesso em: 7 de fev. 2022.

TALIB, Rosângela Aparecida. **Panorama do Aborto Legal no Brasil**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

