




Esclarecimentos sobre o documento

“ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO,  
AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS  
CASOS DE ABORTAMENTO”

do Ministério da Saúde (2022)

Junho 2022

Esse documento foi produzido pela Anis - Instituto de Bioética e pelo Cravinas -  
Clínica de Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos da  
Faculdade de Direito da UnB

 **Coordenação, pesquisa  
e redação**

Gabriela Rondon  
Amanda Nunes  
Mariana Paris  
Ilana Ambrogi  
Marina Coutinho

 **Revisão de texto**

Ilana Ambrogi  
Luciana Brito

 **Design gráfico**

Patrícia Medeiros

## Sumário

Apresentação .....	4
Recomendações aos profissionais de saúde .....	5
Introdução .....	7
Marco conceitual de atenção ao abortamento e aspectos ético-profissionais e jurídicos do abortamento .....	9
Acolher e orientar .....	18
Atenção clínica ao abortamento .....	19
Planejamento reprodutivo e pós-abortamento .....	22

## Apresentação

O novo documento do Ministério da Saúde (MS) “**Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento**”, lançado em junho de 2022, não é baseado nas melhores evidências científicas disponíveis sobre o tema e não promove um atendimento humanizado e acolhedor para meninas e mulheres. O Ministério da Saúde seguiu, aproximadamente até 2018, reconhecida tradição de produzir documentos baseados em evidências, em geral alinhadas às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse compromisso é obrigatório no caso do Estado brasileiro, já que é membro da Organização, e não pode ser mitigado conforme a orientação político-ideológica da pasta.

Neste novo documento, o MS rompe mais uma vez com essa responsabilidade. Sequer há referências para grande parte das informações disponibilizadas, ou há referências incompatíveis com o tema tratado ou incompletas. Algumas orientações são baseadas em casos episódicos ou em avaliações morais, sem qualquer respaldo científico ou normativo. O resultado é a imposição de obstáculos à concretização do direito à saúde de mulheres e meninas.

Recomenda-se que os profissionais da saúde continuem seguindo o que está estabelecido nas leis brasileiras, combinado à interpretação do que designam as melhores evidências em saúde. Por não serem normas legais submetidas ao rito legislativo, o direito brasileiro não confere a documentos como esse o poder de limitar cuidados em saúde. Guias ou normas técnicas de saúde são importantes fontes de orientação para os profissionais quando estão de acordo com as melhores evidências e práticas de saúde. Do contrário, não podem limitar direitos e obrigações previstos em lei. Na ausência de orientações confiáveis e atualizadas por parte do Ministério da Saúde, os profissionais de saúde podem e devem utilizar as melhores evidências e práticas, como determinam seus compromissos ético-profissionais e exige a lei brasileira.

## Recomendações aos profissionais de saúde

Em resumo, recomenda-se que os profissionais da saúde que atuam em cuidados sexuais e reprodutivos continuem ofertando os serviços de aborto previsto em lei a todos os casos elegíveis (violência sexual, risco a pessoa que gesta ou malformação incompatível com a vida) sem estigma e sem obstáculos adicionais sugeridos por esse documento. Em especial, relembra-se que:

- Não houve qualquer alteração normativa sobre o direito ao aborto no país provocada por tal documento. “Aborto legal” é um termo adequado para designar tal procedimento, visto ser autorizado por lei;
- Nenhum procedimento de aborto previsto em lei deve ser submetido à autorização de qualquer outra instância externa, seja policial, judicial, ou de outra natureza. Trata-se ainda de um procedimento de saúde, como sempre foi, que depende unicamente da avaliação clínica dos profissionais envolvidos nos casos legais e do consentimento da pessoa que gesta;
- Para a oferta do aborto legal a vítimas de violência sexual, não se deve condicionar o cuidado em saúde a nenhuma comunicação externa ao sistema de justiça ou a polícias. A função dos profissionais da saúde é cuidar, não investigar, nem dar início a qualquer investigação. Além de não terem competência para tal, podem colocar a vítima em nova situação de risco ao fazê-lo. As leis brasileiras protegem os profissionais para cumprir sua função de cuidados integrais em saúde, sem risco de responsabilização por aquilo que não lhes compete. Quaisquer informações sobre a violência sexual só podem ser remetidas às autoridades policiais de duas formas (vide art. 3º da Lei nº 10.778/03, em conjunto com os arts. 14-D e 14 E da Portaria GM/MS nº 78/21):
  - de maneira anonimizada e consolidada, de forma a proteger a identidade das vítimas;
  - por expressa requisição e consentimento da vítima.

- A quebra de sigilo profissional é crime (art. 154 do Código Penal), apenas afastado nas estreitas hipóteses acima citadas;
- O fato de que a ação penal para crimes sexuais seja pública incondicionada a representação apenas obriga o Ministério Público a oferecer denúncia para tais casos, mas de nenhuma forma obriga profissionais da saúde, não podendo ser utilizada para vincular de maneira indevida o sistema de saúde e o sistema de justiça criminal (vide lei nº 13.718 de 2018);
- Não há rol taxativo de condições de saúde que ensejem a interrupção da gestação por risco à pessoa que gesta. Interpretar em tal sentido seria negligenciar as preocupantes condições em que a mortalidade materna infelizmente cresce no país. Cada caso exige avaliação clínica cuidadosa e discussão sobre os riscos com a mulher ou menina, que deve poder decidir;
- Os profissionais da saúde não são submetidos a nenhum controle policial sobre as decisões de interrupção da gestação por risco. Apenas os profissionais em conjunto com a pessoa que gesta têm competência para decidir sobre tais casos;
- Não há limitação legal ao uso da telemedicina para o aborto previsto em lei no Brasil. As maiores autoridades em saúde, como a OMS e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) endossam a segurança e recomendam o uso da telemedicina para garantir o acesso ao aborto nas primeiras semanas de gestação. Interpretação contrária, sem base científica ou normativa, constitui discriminação de gênero e obstáculo indevido no acesso à saúde;
- Não há limite de idade gestacional para a realização do aborto previsto em lei no Brasil, de modo que o cuidado ofertado e os procedimentos utilizados devem sempre ter por máxima as necessidades de saúde da mulher ou menina e a preservação de sua integridade física e mental;
- A imposição de quaisquer obstáculos indevidos e não previstos em lei ao acesso ao aborto legal podem configurar crime de omissão de socorro (art. 135 do Código Penal).

Na tabela a seguir, demonstramos ponto a ponto os equívocos do documento do Ministério da Saúde e as evidências que embasam as recomendações acima citadas:

"Atenção técnica para prevenção [...] de abortamento" (MS, 2022)	Erros, ilegalidades e contrariedade às evidências
<b>INTRODUÇÃO</b>	
<p>"As principais causas de morte materna no Brasil são hemorragia, hipertensão e infecção. Mortes por abortos respondem por um número pequeno, quando comparado à totalidade, sendo a quinta causa." (p. 7)</p>	<p><b>Falso.</b> Entre 2010 e 2020, o aborto foi a quarta maior causa de mortalidade materna, conforme dados do DATASUS corroborados por outros estudos.<sup>1</sup></p> <p>Em estudo realizado com análise dos dados públicos disponíveis nos diversos sistemas de informação de saúde brasileiros, verificou-se que não há qualquer dado sobre o aborto inseguro. Os dados disponíveis se limitam aos óbitos por abortos e às internações por complicações de aborto. Entretanto, apesar da subnotificação, a análise do Sistema de Informação (SIM) revelou que foram registrados 770 óbitos com causa básica aborto entre os anos 2006 e 2015, ou 1 morte a cada 4 dias. Desses, o aborto não especificado (categoria O06 da CID-10) se manteve como causa básica mais frequente, com média de 56,5% dos casos. Apenas 7% foram devidos a aborto por razões médicas e legais (O04), 14,9% foram declarados como espontâneos (O03), 15,2% como outros tipos de aborto (O05) e 12,5% como falha de tentativa de aborto (O07).<sup>2</sup></p> <p>Considerando serem mortes evitáveis, o adjetivo "pequeno" mostra o descompromisso da pasta com essas mulheres.</p> <p>Ocupar a posição de quarta maior causa de morte materna, mesmo sem considerar a subnotificação e a correlação dos abortos não notificados com as outras causas básicas de morte, impõe a focalização das políticas públicas na questão, especialmente ao considerarmos o compromisso assumido pelo país de erradicação da morte materna. Questões ideológicas não podem interferir nesse compromisso.</p>

**1** MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10br.def>>. Acesso em 10 jun. 2022.

MOZER, Mikaella. Brasil tem 55,82 de taxa de mortalidade materna, e o aborto é uma das principais causas, segundo pesquisa. Universidade Federal do Espírito Santo, Revista Universidade, 23 mar. 2021. Disponível em: <<https://blog.ufes.br/revistauniversidade/2021/03/23/brasil-tem-5582-de-taxa-de-mortalidade-materna-e-o-aborto-e-uma-das-principais-causas-segundo-pesquisa/>>. Acesso em 10 jun. 2022.

**2** CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. Cadernos de Saúde Pública, [online.], v. 36, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?lang=pt#:~:text=No%20per%C3%ADodo%20entre%202008%20e,causa%20b%C3%A1sica%20aborto%20no%20SIM.>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

## INTRODUÇÃO

"Uma gestão que realmente queira diminuir a mortalidade materna precisa focar nas três principais causas para realmente resolver o problema. Não deve, dessa forma, ser pautada por causas ideológicas nem tentar inflar números para subsidiar ações políticas." (p. 7).

**Falso.** Uma gestão comprometida com a saúde das mulheres deve focar em todas as causas de mortalidade materna. O fato de que o aborto, mesmo subnotificado, configure a quarta maior causa de mortalidade materna já é preocupante por si só.

Mas, além disso, é possível supor que há mortes por hemorragia, hipertensão e infecção, as 3 maiores causas, que são decorrências de abortos inseguros não identificados ou agravamento de condições prévias em que a mulher deveria ter tido a oportunidade de decidir pela interrupção, mas a criminalização impediu. De 1996 a 2018, causas obstétricas indiretas resultantes de doenças preexistentes ou concomitantes à gestação, agravadas pela gravidez, foram responsáveis por 29% de todas as mortes maternas.<sup>3</sup> Todas essas mulheres deveriam ter tido a possibilidade de decidir, mas provavelmente não tiveram essa oportunidade. Ignorar este grave fato torna o país incapaz de lidar com as preocupantes taxas de mortalidade materna.

"O aborto realizado por médicos não é isento de riscos." (p. 7)

**Tendencioso.** A afirmação é inserida de forma descontextualizada: não existe nenhum procedimento de saúde isento de riscos. Nem mesmo o parto a termo é isento de riscos, pelo contrário: o risco de morte associado ao parto é aproximadamente 14 vezes maior do que o de um aborto feito nas condições adequadas.<sup>4</sup>

Abortos realizados de forma legal e segura apresentam risco quase insignificante, nas palavras da OMS. Segundo o órgão, apenas de 2 a 5% das mulheres que realizam o aborto com medicamentos confiáveis podem precisar de intervenção médica posterior.<sup>5</sup> Por outro lado, segundo a Pesquisa Nacional de Aborto, cerca de 50% das mulheres que abortam na clandestinidade todos os anos precisam ser internadas com complicações decorrentes do procedimento. O que torna o procedimento arriscado é a lei penal.<sup>6</sup>

**3** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB/DEIDT/SVS). Boletim epidemiológico. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes Aegypti (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. Maio de 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

**4** RAYMOND, Elizabeth et al. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and gynecology*, 2012.

**5** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição, 2013. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437\\_por.pdf?sequence=7](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7)>. Acesso em: 09 de junho de 2022.

**6** DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017.



## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“Dentre esses documentos, destaca-se o Pacto de São José da Costa Rica, o qual, em seu artigo 4º., alínea 1, prevê expressamente a proteção ao direito à vida desde a concepção. O Pacto de São José da Costa Rica foi internalizado em 1992, por meio do Decreto Presidencial nº 678/1992.” (p.12)

**Incompleto.** O Pacto de São José da Costa Rica, por várias razões, não é apto a fundamentar a tentativa do MS de restringir o acesso ao aborto legal.

Em primeiro lugar, o texto do tratado diz que “esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção”. Contudo, o documento do MS omite nessa passagem a cláusula “em geral”, que é importante para fins de interpretação do tratado. O Brasil reconheceu - e isto é omitido pelo Ministério - a competência da Corte Interamericana de Direitos Humanos em todos os casos relativos à interpretação ou aplicação do Pacto (Decreto nº 4.463, de 8 de novembro de 2002).

Tanto a Comissão Interamericana (CIDH) como a Corte (CorteIDH) consagraram o entendimento de que o direito ao aborto não viola o art. 4º, inciso I do Pacto São José, tampouco a Declaração Americana dos Direitos do Homem.

Nos trabalhos preparatórios da Convenção, houve uma tentativa de conferir o direito absoluto à vida desde a concepção. No entanto, essa tentativa foi rechaçada.<sup>7</sup>

Na Resolução 23/81, de 6 de março de 1981, a CIDH, ao apreciar o caso 2141, contra os Estados Unidos da América, decidiu que o direito ao aborto não viola o art. 4º, inciso I do Pacto São José, tampouco a Declaração Americana dos Direitos do Homem.<sup>8</sup>

Segundo a CorteIDH, o Direito Internacional não determina que o embrião seja tratado de maneira igual a uma pessoa, nem que tenha direito à vida, não sendo possível que o embrião seja titular e exerça os direitos consagrados no Pacto de San José da Costa Rica. Assim, o artigo 4.1 do Pacto não impede a que o aborto seja realizado dentro das hipóteses legais. Ou seja, a proteção do embrião não pode inviabilizar a realização de outros direitos.<sup>9</sup>

Esse entendimento decorre de uma interpretação sistemática, que considera, além da redação do dispositivo, os demais tratados de direitos humanos e os trabalhos preparatórios da Convenção, em que houve o rechaço à inclusão do direito à vida desde a concepção.<sup>10</sup>

**7** CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação in vitro”). Julgado em: 28/11/2012. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf)>. Acesso em 08 jun. 2022.

**8** COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Resolución n. 23/81: caso n. 2141. 1981. Disponível em: <<http://www.cidh.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.htm>>

**9** No Caso Artavia Murillo e Outros (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica, a CIDH entendeu que: a “concepção” não pode ser compreendida como um momento ou processo excludente do corpo da mulher, em vista de que um embrião não tem nenhuma possibilidade de sobrevivência se a implantação não acontecer. (Corte IDH. Caso Artavia Murillo e Outros (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica).

**10** CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação in vitro”). Julgado em: 28/11/2012. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf)>. Acesso em 08 de jun. 2022.

## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“O Brasil é signatário de tratados que reconhecem o direito à vida como prioridade máxima” (p. 12) [...] “recomendam a prevenção de abortos” (p. 13)

**Falso.** Nenhum dos tratados que o Brasil acolheu em seu ordenamento mediante os processos legislativos adequados contém essa afirmação.

Ainda que houvesse, todas as fontes normativas devem ser interpretadas conjuntamente no direito brasileiro, inclusive em harmonia com a Constituição Federal, que garante o direito à vida junto ao direito à saúde, à dignidade, à autonomia, entre outros. Não há como falar em direito à vida sem falar em vida digna, por exemplo.<sup>11</sup>

Os documentos de direito internacional recomendam a prevenção de abortos inseguros, não de qualquer aborto.<sup>12</sup>

Aliás, relatórios e comentários gerais emanados por órgãos que monitoram tratados dos quais o Brasil é signatário, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos e a Convenção sobre os Direitos das Crianças, recomendam que o Brasil revise as suas leis que restringem o acesso ao aborto como forma de eliminar a discriminação de mulheres e meninas no acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, de modo a garantir seu direito à vida, à saúde integral e à cidadania.<sup>13</sup>

Não há como prevenir abortos inseguros nem reduzir a mortalidade materna mantendo a criminalidade. Por isso, a regulamentação do direito internacional busca harmonizar o direito à vida com as hipóteses legais de aborto.

**11** No caso *Artavia Murillo e outros vs. Costa Rica*, a CIDH entendeu que a proteção do direito à vida inclui adotar as medidas necessárias para o acesso às condições que garantam uma vida digna. (Corte IDH. Caso *Artavia Murillo e Outros* (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica).

**12** Em vários documentos internacionais consta a informação de que o aborto não deve ser incentivado como medida de planejamento familiar, mas nos casos em que há previsão legal, os serviços de saúde devem garantir a segurança do aborto. Veja-se: “Nas circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, o procedimento deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser prontamente disponibilizados, o que ajudará também a evitar abortos repetidos” (Assembleia Geral Extraordinária da Onu -- Pequim + 5 Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o Século 21, Nova York/2000). Esta recomendação consta também na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo/1994, - (Parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo Cap. VIII); na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim/1995, Parágrafo 106k da Plataforma Mundial de Ação de Pequim 106 (k).

**13** NACIONES UNIDAS. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 46º período de sesiones. Resumen de la investigación relativa a Filipinas en virtud del artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. 22 sept. 2010. Disponível em: <shorturl.at/moxET> Acesso em 13 jun. 2022.

NACIONES UNIDAS. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19 14 July 2017. Disponível em: <https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\_Global/CEDAW\_C\_GC\_35\_8267\_E.pdf>. Acesso em 13 jun. 2022.

NACIONES UNIDAS. Comité de los Derechos del Niño. Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. 6 dec. 2016. Disponível em: <https://tbinternet.ohchr.org/\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=en>. Acesso em 13 jun. 2022.

NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Humanos. Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6\_SP.pdf>. Acesso em 13 jun. 2022.

## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“No Brasil, de acordo com a legislação em vigor desde 1940, o crime de aborto não é punido apenas em três hipóteses, previstas no artigo 128, incisos I e II do Código Penal: [...]”

“A decisão, proferida pelo STF, em sede de Arguição de Preceito Fundamental, estabeleceu: “Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. (ADPF 54, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, Tribunal Pleno, julgado em 12/04/2012, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-080 DIVULG 29-04- 2013 PUBLIC 30-04-2013 RTJ VOL-00226-01 PP-00011). Tal decisão, todavia, como pode ser observado, é restritiva, na medida em que não admite qualquer interpretação no sentido de ampliar as possibilidades de aborto.”

**Falso.** A realização do aborto nos casos de outras malformações incompatíveis com a vida foi reconhecida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), no âmbito do REsp 1.476.888/GO. O STJ entendeu se tratarem de situações absolutamente análogas à anencefalia. Com base nessa decisão, é possível interpretar inclusive que não são necessárias autorizações judiciais adicionais para tais casos, que estão amparadas pela interpretação do tribunal superior.

Não cabe dizer que não se admite qualquer interpretação da ADPF 54 no sentido de ampliar as possibilidades de aborto, pois isso implicaria um tratamento jurídico diferenciado para a mesma situação (inviabilidade extrauterina). No direito penal, diante da falta de previsão expressa acerca da interrupção da gestação em casos de outras malformações incompatíveis com a vida, é perfeitamente possível a aplicação analógica do entendimento firmado na ADPF 54. Conforme as normas gerais de direito penal, a analogia seria vedada apenas se implicasse um tratamento mais gravoso para as pessoas que gestam e profissionais da saúde, o que não é o caso.

“Não existe aborto legal” (p. 14)

**Falso.** Não há qualquer equívoco no termo “aborto legal”. Aborto legal nada mais é que aborto autorizado por lei e, portanto, possível de ser realizado dentro da legalidade, sem que haja punição. O próprio documento do Ministério da Saúde admite, na página 23, que “a punibilidade integra o conceito de crime e, nessa perspectiva, o crime seria, de plano, afastado”.

O destaque sobre a afirmação “não existe aborto legal” parece uma tentativa do MS de confundir sobre a licitude do procedimento realizado dentro das hipóteses legais, tendo em vista que o próprio documento admite ser uma discussão sem relevância.

A expressão “aborto legal”, portanto, é amplamente utilizada em documentos técnicos de saúde e em doutrinas jurídicas que abordam a questão, exatamente porque se refere às possibilidades previstas em lei de realização do aborto.

## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“Todo aborto é um crime, mas quando comprovadas as situações de excludente de ilicitude após investigação policial, ele deixa de ser punido, como a interrupção da gravidez por risco materno.” (p. 14)

**Falso.** Comovisto acima, o aborto não é crime em três hipóteses, por força de expressa previsão legal (art. 128, Código Penal) e decisão do STF (ADPF54). Não deve haver qualquer investigação policial em nenhuma das hipóteses.

Especialmente nos abortos em caso de risco à pessoa que gesta, é flagrantemente inconstitucional que se exija investigação policial para autorização do procedimento. Não há competência técnica ou legal das autoridades policiais para decidir sobre esses casos. O argumento do trecho pode gerar grave insegurança jurídica aos profissionais, que temerão uma investigação sobre cada decisão de cuidado que tomem sobre as mulheres. Deve, portanto, ser de plano afastada.

“As condições que realmente colocam em risco a vida da mulher que justifiquem um aborto são poucas, não cabendo um alargamento sem motivos técnicos.” (p. 15)

**Falso.** Essa é uma compreensão equivocada que, mais do que tentar restringir o acesso ao aborto, causa riscos concretos à vida das mulheres. Uma interpretação restritiva do que significa risco faz com que, em muitos casos, muitos médicos sequer mencionem a possibilidade de interromper a gestação às mulheres, como demonstra uma pesquisa feita por ginecologistas e obstetras associados à FEBRASGO.<sup>14</sup> Com isso, é negada à mulher a possibilidade de decidir se considera ou não o risco aceitável para a sua saúde.

O estudo critica a concepção de que não existem condições prévias à gestação que justifiquem o aborto, considerando que uma importante proporção das mortes maternas resultam de condições diagnosticáveis no início da gravidez, diante das quais poderia ter sido ofertado o aborto como forma de salvar a vida da mulher. Como já mencionado, de 1996 a 2018, causas obstétricas indiretas resultantes de doenças preexistentes ou concomitantes à gestação, agravadas pela gravidez, foram responsáveis por 29% de todas as mortes maternas.<sup>15</sup>

Assim, o MS ignora que os cuidados às mulheres e meninas devem focar em sua saúde e na preservação de sua vida, garantindo-lhe informações sobre os riscos para uma tomada de decisão segura. O rol de doenças e condições que autorizariam a interrupção da gestação não é taxativo, mas, sim, meramente exemplificativo. A decisão pelo aborto no caso de risco de vida deve ser uma decisão de saúde, baseada no caso individual e na decisão da pessoa que gesta considerando que esse é um direito dela.

**14** FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2004, v. 26, n. 2 [Acessado 10 Junho 2022], pp. 89-96. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032004000200002>>. Epub 07 Maio 2004. ISSN 1806-9339.

**15** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB/DEIDT/SVS). Boletim epidemiológico. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. Maio de 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“(…) no ordenamento jurídico brasileiro, a vida intrauterina sempre recebeu proteção, cível e penal. No âmbito do Direito Civil, até mesmo os direitos patrimoniais do nascituro são assegurados. Não haveria lógica em garantir o direito ao patrimônio, sem assegurar o direito pressuposto, qual seja o direito a nascer.” (p. 21)

**Tendencioso.** A vida em potencial nunca recebeu proteção absoluta no ordenamento jurídico brasileiro, mas, sim, proporcional à etapa do desenvolvimento biológico. Evidência disso é que, no campo do direito civil, a personalidade civil, fundamento de todos os direitos subjetivos, existe apenas a partir do nascimento com vida (art. 2º, Código Civil). Assim, na lei brasileira, há uma proteção gradual conferida ao feto, o que não é o mesmo que reconhecê-lo como uma pessoa titular de direitos fundamentais. Como já reconheceu o STF, no julgamento da ADI 3510, em 2008: “o embrião é o embrião, o feto é o feto e a pessoa humana é a pessoa humana”.

“Com o objetivo de investigar o estupro e não o aborto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.561/2020, que determina a notificação dos estupros que ensejam interrupção de gravidez, com preservação de material para fins periciais. Importante consignar que essa iniciativa não objetiva verificar se a mulher faltou com a verdade ao noticiar ter engravidado em relação sexual forçada, mas fazer com que o aparato repressivo crie condições para identificar e punir o agressor” (p. 23)

**Incompleto.** Não é função do Ministério da Saúde, nem dos profissionais da saúde, “investigar estupro” nem “investigar aborto”, tampouco provocar qualquer investigação pelas autoridades policiais. Em regra, as informações sobre a violência sexual devem ser remetidas às autoridades policiais de maneira anonimizada e consolidada (vide art. 3º da Lei nº 10.778/03, em conjunto com os arts. 14-D e 14 E da Portaria GM/MS nº 78/21). Isso visa proteger a integridade de mulheres e meninas, tendo em vista que estas podem não se sentir, naquele momento em que buscam atendimento de saúde, preparadas para uma denúncia criminal, e que fatores como a proximidade com o agressor e as falhas do sistema de justiça criminal em proteger as mulheres podem fazer com que a quebra de sigilo as exponha a uma nova violência.

(…) “esses profissionais têm segurança jurídica para, atuando em conformidade com as diretrizes e princípios de seu código de ética, promoverem a notificação de quaisquer crimes às autoridades competentes.” (p. 17)

**Falso.** As diretrizes e princípios éticos não permitem que casos individualizados sejam notificados à autoridade policial, exceto a partir de expressa requisição e consentimento da mulher vítima (vide art. 3º da Lei nº 10.778/03, em conjunto com os arts. 14-D e 14 E da Portaria GM/MS nº 78/21). O compartilhamento de dados capazes de identificar as mulheres sem seu consentimento configura violação do sigilo profissional sem qualquer justa causa, hipótese em que os profissionais incorrem em crime previsto no art 154 do Código Penal.

## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“Há quem discorra sobre a entrega legal ou voluntária, em regra, apresentam o programa como uma alternativa aos crimes de infanticídio, abandono de recém-nascido e aborto, apenas e tão somente quando praticado fora das hipóteses permitidas. Uma leitura desatenta poderia levar à conclusão de que, quando o aborto é autorizado, a gestante não poderia lançar mão dessa alternativa legal. Porém, se assim fosse, estaria-se diante de uma obrigação de abortar, o que poderia caracterizar um crime contra a autonomia da mulher. Na verdade, essa alternativa de entregar o bebê para adoção tem o fim de preservar a vida do feto, independentemente das circunstâncias em que ocorra a gestação.” (p. 26)

**Tendencioso.** O MS cria uma confusão que nunca existiu a respeito de todas as possibilidades que devem ser ofertadas para a mulher que busca o aborto legal.

Ninguém pode ser submetido a um procedimento de saúde contra a sua vontade, razão pela qual as políticas públicas sempre previram o respeito ao consentimento livre e informado no acesso ao aborto legal. O entendimento de que o aborto é obrigatório nunca existiu e garantir o acesso ao aborto legal não significa torná-lo obrigatório. Prova disso é que todas as normas técnicas produzidas pelo MS sempre fizeram referência à possibilidade de entrega legal ou voluntária, mesmo nos casos elegíveis ao aborto legal.

As afirmações fazem justamente aquilo que o MS alega buscar evitar: a hierarquização entre as alternativas disponíveis para a mulher vítima de violência sexual. As alternativas visam assegurar que a mulher possa decidir aquilo que é melhor para a sua saúde física e mental - aborto ou a entrega legal ou voluntária ou a maternidade -, e não a preservação do produto da concepção. Todas as opções devem ser igualmente ofertadas.

A pasta também simplifica a questão da adoção no Brasil. Há cerca de 4.144 crianças e adolescentes disponíveis para a adoção no Brasil, em contrapartida a 33.037 pretendentes, segundo os dados do Painel de Acompanhamento do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento, do Conselho Nacional de Justiça. A disparidade dos números se justifica em razão dos candidatos adotantes desejarem majoritariamente crianças brancas, sem nenhuma doença, sem irmãos e até os 4 anos de idade, o que demonstra a dificuldade de muitas crianças de serem adotadas, agravando a possibilidade de vulnerabilidade.<sup>16</sup>

**16** CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, Painel de Acompanhamento. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento. Disponível em: <<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=4f1d9435-00b1-4c8c-beb7-8ed9dba4e45a&opt=cursel&select=clearall>>. Acesso em: 08 de jun. de 2022.

## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“Tal obrigatoriedade [Comunicar o fato à autoridade policial responsável] decorre da lei e não fere o direito à intimidade da paciente, visto que se trata de matéria de ordem pública, ou seja, constitui justa causa a comunicação à autoridade policial do fato ocorrido, cumprindo a disposição do art. 5º, X, da Constituição Federal e do art. 154 do Código Penal.” (p. 20)

**Falso.** Novamente, o MS deixa de mencionar que a comunicação do fato à autoridade policial deve preservar a identidade de mulheres e meninas. Nos termos da Portaria GM/MS nº 78/21, a notificação compulsória deve ser remetida de forma sintética e consolidada, não contendo dados que identifiquem a vítima e o profissional de saúde notificador.

A violação de sigilo profissional fora das hipóteses admitidas pode caracterizar o crime de violação de segredo profissional, tipificado no art. 154 do Código Penal e no art. 74 do Código de Ética Médica, resultando na responsabilização criminal e administrativa dos profissionais envolvidos.

Essa proteção é necessária porque nem toda vítima de violência está pronta para iniciar a persecução penal contra seu agressor quando acessa o sistema de saúde, especialmente ao considerarmos que na maioria dos casos a violência é cometida por pessoas próximas.<sup>17</sup> A quebra do sigilo pode, inclusive, colocar a mulher em risco de sofrer uma nova violência. Profissionais de saúde devem priorizar os cuidados em saúde, fortalecendo um vínculo de confiança entre equipe e usuárias.

“O médico tem o total direito de objeção de consciência para realizar um aborto. Isso não pode ocorrer se houver iminente risco de morte. Nas outras situações previstas em lei, o estabelecimento de saúde tem a obrigação de disponibilizar um médico sem objeção de consciência.” (p. 28)

**Falso.** O direito de objeção de consciência não é “total”, mas, sim, limitado pela própria ética médica. O médico pode recusar-se a realizar procedimentos que contrariem sua consciência, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente (Código de Ética Médica, Cap I, VII). Ou seja, não é apenas em risco iminente de morte que a objeção de consciência encontra-se limitada. A objeção de consciência é, portanto, uma exceção, que não pode ser usada indiscriminadamente para impedir a concretização de um direito.

<sup>17</sup> CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Brasília, n. 11, mar. 2014. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnicadiest11.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf). Acesso em: 09 de jun. de 2022.



## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“(…) o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez não se reduz ao atendimento remoto, visto que o abortamento envolve um plexo de ações de várias especialidades, contendo, inclusive, procedimento clínico, cuja realização por telemedicina não é autorizada e que deve – obrigatoriamente – ser acompanhado presencialmente por um médico no ambiente hospitalar, onde se tem todos os aparelhos e recursos para salvaguardar a mulher de eventuais intercorrências decorrentes do procedimento em si ou da reação adversa dos medicamentos.” (p. 29)

“(…) a fim de que se possa proteger a integridade física das mulheres e zelar pela promoção da vida, o Ministério da Saúde compreende ser ilegal, e, portanto, não recomendável, o abortamento via telessaúde.” (p. 30)

**Falso.** O uso da telemedicina foi expressamente autorizado pela Lei nº 13.989/2020, em caráter emergencial durante a crise ocasionada pela pandemia da COVID-19, e pela Portaria nº 467/2020, sendo regulamentado pela GM/MS nº 1.348 de 2 de Junho de 2022 e pela Resolução CFM nº 2.314/2022. O aborto é um procedimento de saúde como qualquer outro e, na medida em que as técnicas e os recursos modernos permitem sua realização por telessaúde, a Lei e a Resolução do CFM o autorizam. Não cabe ao MS compreender ser ilegal o abortamento via telessaúde, porque isso significaria criar um regime de barreiras no acesso à saúde em razão do gênero.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que é citada no documento do MS na página 49, quanto às doses de misoprostol recomendadas para o aborto medicamentoso, recomenda ainda a manutenção do aborto por telemedicina mesmo após a pandemia, com especial ênfase aos países de renda média e baixa. Ao contrário do MS, a FIGO, assim como a OMS, reconhecem que a telemedicina para os casos de aborto é segura e que consultas presenciais não são essenciais para a oferta do cuidado integral. Afirmam, ainda, que eventos adversos são “extremamente raros”, e que a telemedicina aumenta o acesso e atende às preferências de muitas mulheres com relação à privacidade e ao cuidado livre de estigma.<sup>18</sup>

Não é possível compreender por que o Ministério da Saúde considera a FIGO uma referência para parte da recomendação técnica e clínica de assistência ao aborto, mas ignora sua integralidade.

**18** INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services. Posicionamento de 18 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>>. Acesso em: 09 de jun. de 2022.



## MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO e ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

“(…) importante assinalar que a vítima de crime contra a liberdade sexual e de crime sexual contra vulnerável, previstos nos capítulos I e II do Título IV do Código Penal, encontra-se em estado de extrema vulnerabilidade, e induzir o abortamento por telemedicina, utilizando-se de fármacos de controle especial, pode causar danos irreversíveis à mulher, uma vez que a imperícia por incapacidade técnica para realizar o procedimento em casa possibilita o perigo de advir um aborto incompleto, ruptura do útero, sangramento excessivo podendo levar a morte e o eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino. Esses fatores impõem, portanto, a internação da mulher em ambiente hospitalar até a finalização do processo.” (p. 30)

**Falso.** O trecho evidencia o desconhecimento do MS sobre como funciona todo e qualquer atendimento por telemedicina, especificamente o aborto por telemedicina. O aborto por telemedicina é um procedimento seguro, realizado com supervisão de profissionais, criteriosa avaliação técnica por meio de uso da tecnologia e prescrição medicamentosa de acordo com as normas legais, recomendado inclusive por organizações internacionais, as quais reconhecem a importância dessa ferramenta.<sup>19,20</sup>

Não há que se falar em “imperícia por incapacidade técnica”, uma vez que se trata apenas da administração de medicamentos, como já se faz habitualmente em muitos outros cuidados em saúde. Com adequado acesso à informação, não há razão para supor que as mulheres não saberão fazê-lo - e mesmo em caso de dúvidas, contam com suporte 24h da equipe multidisciplinar de saúde responsável pelo atendimento.

**19** INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services. Posicionamento de 18 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>>.

**20** UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas no Brasil. Teleconsulta pode auxiliar mulheres no acesso à saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia. Publicado em 29 de maio de 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/teleconsulta-pode-auxiliar-mulheres-no-acesso-a-saude-sexual-e-reprodutiva-durante-pandemia/>>.

## ACOLHER E ORIENTAR

“Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a.” (p. 33)

**Tendencioso.** Não fica claro o que significa ser um facilitador do processo de tomada de decisão. Em vez disso, sabe-se que a equipe de profissionais envolvidos no atendimento a situações de aborto devem prover orientações baseadas nas melhores evidências e práticas, de forma imparcial, estando preparada para apoiar a mulher qualquer que seja sua decisão.

“Cabe aos profissionais de saúde mental e serviço social:

(...)

- Reforçar a importância da mulher, respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando postura autocompreensiva, que busque a autoestima.

- Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro;

- Conversar sobre gravidez, menstruação, planejamento familiar”. (p. 33-34)

**Tendencioso.** Não fica claro de que forma essa abordagem se relaciona com o procedimento de saúde que é o aborto. É dever dos profissionais respeitar a autonomia, privacidade e individualidade de meninas e mulheres, em especial em temas de foro íntimo.

## ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

“O bebê de menor peso que sobreviveu nasceu com 212 gramas em Cingapura. Então esse pode ser o peso atual da viabilidade fetal, após avaliado por especialista, considerando questões tais como: motivo da prematuridade, idade gestacional, presença de CIUR (crescimento intrauterino restrito), uso de corticoide, etc.” (p. 38).

**Falso.** O documento utiliza um evento anedótico sem qualquer referência - “bebê de menor peso que sobreviveu com 212g em Cingapura” - para sugerir uma limitação a um direito garantido na legislação brasileira. Recomendações de saúde não se pautam em casos isolados, mas, sim, em estudos sistemáticos com metodologias adequadas. Direitos garantidos em lei devem ser implementados pelas instituições e equipes de saúde, que agem com base em evidências científicas fundamentadas.

“O abortamento com excludente de ilicitude feito por médico não deve ser precedido de feticídio, principalmente nos casos em que houver viabilidade fetal, já que os estudos não mostram qualquer vantagem no procedimento. Sempre que houver viabilidade fetal, deve ser assegurada toda a tecnologia médica disponível para tentar permitir a chance de sobrevivência após o nascimento.” (p. 37)

**Falso.** O termo “feticídio” não é um termo clínico, tampouco apropriado para tratar de aborto induzido. É um equívoco conceitual grave que apenas reforça o estigma e os julgamentos morais sobre o tema.

O documento não traz a definição clínica de “aborto induzido”, ou seja, a perda intencional de gravidez intrauterina por meio medicamentoso ou cirúrgico (Classificação Internacional de Doenças - CID 11 da OMS). A Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), ao elencar diferentes métodos para a realização do aborto, é expressa no sentido de que, para a escolha do método a ser utilizado no caso do aborto devem ser considerados “1) a disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde; 2) a capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método; 3) as condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher”. A FEBRASGO, no documento “Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica” (2021), inclui a indução de óbito fetal como parte do procedimento possível para a realização do aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos de violência sexual.<sup>21</sup>

Profissionais que tratarem o aborto legal da forma como consta no documento do Ministério da Saúde estarão cometendo erro técnico, clínico e ético. É uma abordagem incorreta, além de extremamente vexatória e estigmatizante.

**21** FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. Febrasgo Position Statement, n. 4. abr. 2021. Acesso em 10 jun. 2022. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/FPS---N4---Abril-2021---portugues.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2022.

## ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

"Há que se salientar que, sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias. Nesses casos, cuja interface do abortamento toca a da prematuridade e, portanto, alcança o limite da viabilidade fetal, a manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada." (p. 38-39)

**Falso.** Não há na lei brasileira qualquer limitação de idade gestacional à realização do aborto legal. Assim, o MS não pode limitar o que a lei não restringe, sob pena de gerar omissão de socorro para mulheres e meninas.

Sob o ponto de vista médico, diversas são as diretrizes de sociedades de especialidade e da OMS que atestam a segurança do aborto em gravidezes acima de 24 semanas.<sup>22</sup>

Até mesmo o próprio documento da FIGO, em destaque na página 48 do documento, deixa claro que a interrupção da gravidez pode acontecer em qualquer momento.

Assim, dentro dos permissivos legais, o determinante para a tomada de decisão sobre o aborto não é a idade gestacional, mas, sim, aquilo que é o mais adequado para aquela mulher ou menina.

"O período mais precoce desse estágio com a tecnologia atual, inicia-se a partir da 22 semana gestacional e é denominado de periviabilidade. O nascimento de um ser humano a partir dessa época é conceituada como parto prematuro e não mais como abortamento." (p. 38)

**Tendencioso.** Novamente, o documento apresenta confusão conceitual grave. A periviabilidade não tem relação com o tema do aborto induzido, mas, sim, com riscos de prematuridade. A compreensão equivocada sobre esses conceitos revela o teor ideológico explícito do documento.

<sup>22</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical management of abortion. Geneva: WHO, 2018; SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). SOGC Clinical Practical Guideline no. 360- Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(6):750-783; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Abortion care. London, 2019. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Practice Bulletin number 135: Second-trimester abortion. Obstet Gynecol 2013;121(6):1394-1406.

## ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

“O embasamento médico científico relatado acima deixa claro que o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde não trata de critério limitador sem uma razão conceitual científica, mas sim estabelece a diferenciação do abortamento para o parto prematuro, muito menos foi estabelecido deixando margens para o desamparo às vítimas de violência sexual que ultrapassaram as 22 semanas de gestação. Assim, como já foi abordado, ao passar das 23 semanas gestacionais, inicia-se o processo de um parto prematuro onde não cabe o amparo legal que prevê a eliminação da vida intrauterina por meio da destruição do produto da concepção nos casos de violência sexual, já que, pelo seu tempo de desenvolvimento, já se daria no parto prematuro de um embrião em desenvolvimento; em razão disso, estariam resguardados pelo reconhecimento da dignidade da pessoa humana e, portanto, serem merecedores de proteção jurídica assim como asseguradas pelas disposições da Constituição da República.” (p. 41)

**Falso.** Aborto e parto prematuro são conceitos distintos. O suposto embasamento médico exposto é fundado em artigos a respeito dos riscos da prematuridade, e não se relacionam com o tema do aborto induzido. Mais uma vez, é preciso destacar que a lei brasileira não impõe limitação de idade gestacional para a realização do aborto.

O que determina a possibilidade de aborto legal não é a idade gestacional, mas o preenchimento de uma das hipóteses autorizadas pelo direito brasileiro. Deve-se destacar que, nos casos de malformações incompatíveis com a vida, geralmente o diagnóstico somente é possível em idades gestacionais mais avançadas, e isso não impede o acesso ao aborto. Há na norma técnica “Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos” a indicação de métodos para realizar a interrupção segura da gestação até 27 semanas ou mais. As técnicas de saúde modernas permitem a realização segura do aborto do primeiro ao terceiro trimestre.<sup>23</sup>

**23** DOMMERGUES, Marc; BENACHI, Alexandra; BENIFLA, Jean-Louis; NOETTES, Richard des; DUMEZ, Yves. The reasons for termination of pregnancy in the third trimester. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 106, abr. 1999, p. 297-303. Acesso em 1 jul. 2021.

## ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

“O aborto geralmente é um evento estressante para as mulheres e seus parceiros.” (p. 50)

**Tendencioso.** A pasta omite que uma grande parcela do estresse em uma situação de aborto é consequência do estigma e dos julgamentos morais que recobrem o tema. É isso que identificaram os pesquisadores da American Psychological Association.<sup>24</sup> Eles descobriram que, para a maioria das mulheres que fazem um aborto, o momento de maior angústia se limita àquele imediatamente antes do procedimento. Depois, é frequente que estas descrevam sentimentos de alívio. Para os autores, fatores como religiosidade, crenças pessoais e a criação do estigma de que o parceiro, a família ou a comunidade irá condenar a mulher que optou pelo aborto é que constituem fatores chaves para resultados negativos no tocante à saúde mental. Cada pessoa reagirá de forma distinta ao procedimento, o que não significa dizer que o aborto traz prejuízos à saúde mental daquela que a ele se submete.

Por outro lado, quando se tratam de abortos espontâneos de gestações desejadas, é preciso, seguramente, atentar para todas as repercussões de saúde resultantes e oferecer o acolhimento integral às demandas emocionais e de saúde mental das mulheres.

## PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E PÓS-ABORTAMENTO

“A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das consequências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como a evitar que volte a ser acometida do mesmo problema no futuro.” (p. 57).

**Incompleto.** As recomendações desta seção são incompatíveis com os casos em que a mulher decide pelo aborto previsto em lei ou mesmo o aborto espontâneo. Em relação ao aborto em caso de violência sexual, seguir essas recomendações implicaria a culpabilização das mulheres pela gestação e pelas consequências da violência sexual, causando uma nova violência. Nos casos de aborto por risco à vida e anencefalia tampouco há aplicabilidade, considerando que se tratam de circunstâncias de saúde imprevisíveis e a gestação pode ser desejada pela mulher. Por fim, com relação ao aborto espontâneo, as recomendações mencionadas nas células seguintes são incompatíveis.

**24** AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, Task Force on Mental Health and Abortion, Report of the Task Force on Mental Health and Abortion, 2008. Disponível em: <<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>. Acesso em 2 jul. 2021.

## PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E PÓS-ABORTAMENTO

“Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem-se mostrado como medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos. A mulher em situação de abortamento, muitas vezes, não está preocupada com o risco de nova gravidez e não usa métodos anticoncepcionais espontaneamente. Ela precisa da orientação dos provedores de serviço e de disponibilidade de métodos eficazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada. Portanto, o atendimento da mulher com complicações de abortamento só será completo se acompanhado de orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos no pós-abortamento imediato.” (p. 57).

**Falso.** Não há qualquer referência a estudos científicos ou bases normativas para sustentar que mulheres em situação de abortamento não estão preocupadas com uma nova gravidez. Pressupor que elas são negligentes ao não usar métodos contraceptivos espontaneamente é equivocado e discriminatório, principalmente porque há inúmeros fatores que levam a uma nova gestação indesejada (uso incorreto de contraceptivos ou mesmo a falta de acesso aos métodos mais adequados às suas necessidades). Tratar de forma humanizada e acolher as mulheres significa prestar-lhes informações livres de julgamentos ou coerção moral, uma obrigação que a pasta lamentavelmente falha em cumprir no novo documento.

“A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada.” (p. 58)

**Discriminatório.** Não há qualquer referência a estudos científicos ou bases normativas para sustentar a informação de que mulheres que passaram por um aborto não se protegem adequadamente. Essa afirmação desconsidera todo o contexto de vida da mulher, ao qual a equipe de saúde deve estar atenta para prestar-lhe todas as informações necessárias para uma tomada de decisão segura e informada sobre planejamento familiar e contracepção, se esse for o desejo dela. Essa é a única forma de evitar um novo aborto.

“Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há que se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um filho algum tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que a mulher também receba orientação sobre o planejamento de uma nova gravidez” (p. 59)

**Discriminatório.** Trechos como esse evidenciam uma abordagem moralizadora sobre a sexualidade e a reprodução, além de revelar o enviesamento ideológico da pasta. Evidências indicam que um aborto induzido é clinicamente indistinguível do aborto provocado, por isso, os serviços de saúde não devem ser incentivados ou levados a crer que essa análise deve ser feita, sob pena de iniciar uma investigação sobre qualquer mulher em idade reprodutiva que procure o serviço após um aborto ou sangramento na gestação<sup>25</sup>. Uma mulher tem o direito a decidir sobre ter ou não filhos independente de ter passado por episódios de aborto. Experiências pessoais, compreensões de mundo baseadas em preconceitos ou em percepções infundadas não devem ter lugar na elaboração e implementação de políticas públicas.

**25** HARRIS, Lisa H.; GROSSMAN, Daniel. Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *New England Journal Of Medicine*, N. Eng, v. 382, n. 11, p. 1029-1040, 12 mar. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1908412>>. Acesso em 13 jun. 2022.

