



<b>NOTA TÉCNICA Nº20/2020-URGEM-GMA/SES-AM</b>	<b>ASSUNTO:</b> Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
<b>Data:</b> 29/12/2020	<b>OBJETIVO:</b> Orientar os profissionais de saúde sobre o fluxo de atendimento aos casos de interrupção de gravidez previstos em Lei, com justificação e autorização do procedimento, conforme a nova portaria do Ministério da Saúde nº 2561/20.
<b>LOCAL:</b> Manaus-AM	

1. Considerando a Norma Técnica do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde que dispõe sobre a atenção humanizada ao abortamento publicada em 2011.
2. Considerando a necessidade de garantir a mulher que necessita do procedimento de interrupção da gravidez um atendimento humanizado, feito por equipe capacitada, sensibilizada e com perfil para este atendimento.
3. Considerando a necessidade de capacitar toda a equipe envolvida no processo, além de prover treinamentos periódicos para manter o atendimento a essas mulheres com qualidade e de forma adequada.
4. Considerando as denúncias a nível nacional sobre dificuldades de acesso ao aborto, mesmo em casos previstos em Lei.
5. Considerando a necessidade de fortalecimento do sigilo e confidencialidade dos casos das pacientes.
6. Considerando a Lei nº 4.848 de 2019 que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas.
7. Considerando a Portaria Nº 2.561, DE 23 DE SETEMBRO DE 2020 do Ministério da Saúde, que revogou a Portaria nº 2.282/2020 GM/MS, que Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.



A Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas – SES/AM vem por meio deste orientar os profissionais de saúde sobre a justificação, autorização e fluxo de atendimento dos casos de interrupção de gravidez previstos em Lei, conforme a nova portaria do Ministério da Saúde.

## 1. ALINHAMENTO SOBRE OS PASSOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ

- 1.1 O procedimento compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantindo a confidencialidade desses termos.
- 1.2 Na primeira fase a gestante deverá realizar um relato circunstanciado do evento perante 2 (dois) profissionais de saúde do serviço, que no final deverá ser assinado pela mesma ou pelo responsável legal, quando incapaz, e também deve ser assinado pelos dois profissionais de saúde do serviço. O termo deve conter o local, dia e hora aproximada do fato, tipo e forma de violência, descrição dos agentes da conduta se possível e identificação de testemunhas, se houver, conforme modelo no Anexo II.
- 1.3 Na segunda fase o médico responsável irá realizar a anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e exames complementares para emitir parecer técnico, conforme modelo no Anexo III.
- 1.4 A equipe multiprofissional deverá avaliar a gestante e registrar suas avaliações em documentos específicos para este atendimento e após a avaliação da equipe, três integrantes, no mínimo, subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez conforme modelo no Anexo IV. não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico. A equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.
- 1.5 Na terceira fase a Gestante ou responsável legal, se for incapaz, realiza a assinatura do Termo de Responsabilidade, conforme modelo no Anexo V.
- 1.6 Na quarta fase a equipe de saúde deverá orientar, em linguagem simples e acessível, a gestante sobre:
  - 1.6.1 O desconforto e os possíveis riscos à saúde provenientes do procedimento, e também sobre os riscos da manutenção da gestação em faixa etária de risco (crianças e adolescentes).
  - 1.6.2 Os procedimentos que serão feitos na intervenção médica.
  - 1.6.3 A forma de acompanhamento e assistência, bem como os profissionais responsáveis por sua realização.
  - 1.6.4 A garantia do sigilo do caso e privacidade dos dados confidenciais envolvidos, que só poderão ser compartilhados por meio de requisição judicial.



1.7 A gestante ou responsável legal, se for incapaz, deverá depois de orientada assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme anexo VI, ou identificar por impressão digital da mesma forma, e deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

1.8 Todos os 5 (cinco) documentos (Anexo II, III, IV, V e VI) desta Nota Técnica deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, e elaborados em duas vias, sendo uma fornecida à gestante.

## 2. ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE

2.1 Os profissionais de saúde que atuam no atendimento ao abortamento devem saber sobre as hipóteses de abortamento previstas em lei, e que desta forma independem de autorização judicial ou boletim de ocorrência para a realização do procedimento de interrupção da gravidez, são estes:

2.1.1 Gravidez de risco à vida da gestante;

2.1.2 Gravidez resultante de violência sexual – Artigo 128 do Código Penal;

2.1.3 Anencefalia fetal – conforme decisão do Supremo Tribunal Federal de 2012.

2.2 A comunicação compulsória a autoridades policiais em caso de atendimento para interrupção de gravidez em decorrência de estupro deve ser feita apenas para fins estatísticos, para formulação de políticas públicas de segurança e para policiamento, sem informações pessoais da vítima, exceto com o consentimento expresso dela para que o crime seja apurado pela polícia ou quando absolutamente incapaz. Em nenhuma circunstância tal comunicação pode impedir ou comprometer o atendimento à vítima dessa violência.

2.3 Não deve ser oferecida a gestante a visualização do feto ou do embrião por meio de ultrassonografia, de modo que tal visualização seja feita apenas quando haja pedido espontâneo da vítima. O profissional deve ficar atento devido o risco de violência psicológica e institucional que esta visualização pode trazer a vítima.

2.4 Os profissionais devem orientar as mulheres que buscam atendimento para interromper gravidez resultante de estupro não apenas acerca da probabilidade dos riscos descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com cada caso concreto, mas também dos riscos da própria manutenção da gravidez e do parto.

2.5 O procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei deve ser conduzido, sempre, sem nenhum tipo de julgamento a vítima, com total respeito à sua autonomia,



acolhendo-a de forma eficaz e com a garantia do efetivo atendimento médico ante aos demais trâmites administrativos envolvidos.

**3. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL EM CASO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

3.1 O Fluxograma de atendimento ao aborto legal em caso de gravidez resultante de violência sexual está disposto no Anexo I desta Nota Técnica.

**MARCELLUS JOSÉ BARROSO CAMPÊLO**  
Secretário de Estado de Saúde

**JANIKENTA IWATA**  
Secretário Executivo de Assistência da Capital

**MÔNICA DE LIMA MELO E MELO**  
Secretária Executiva Adjunta de Atenção à Urgência e Emergência

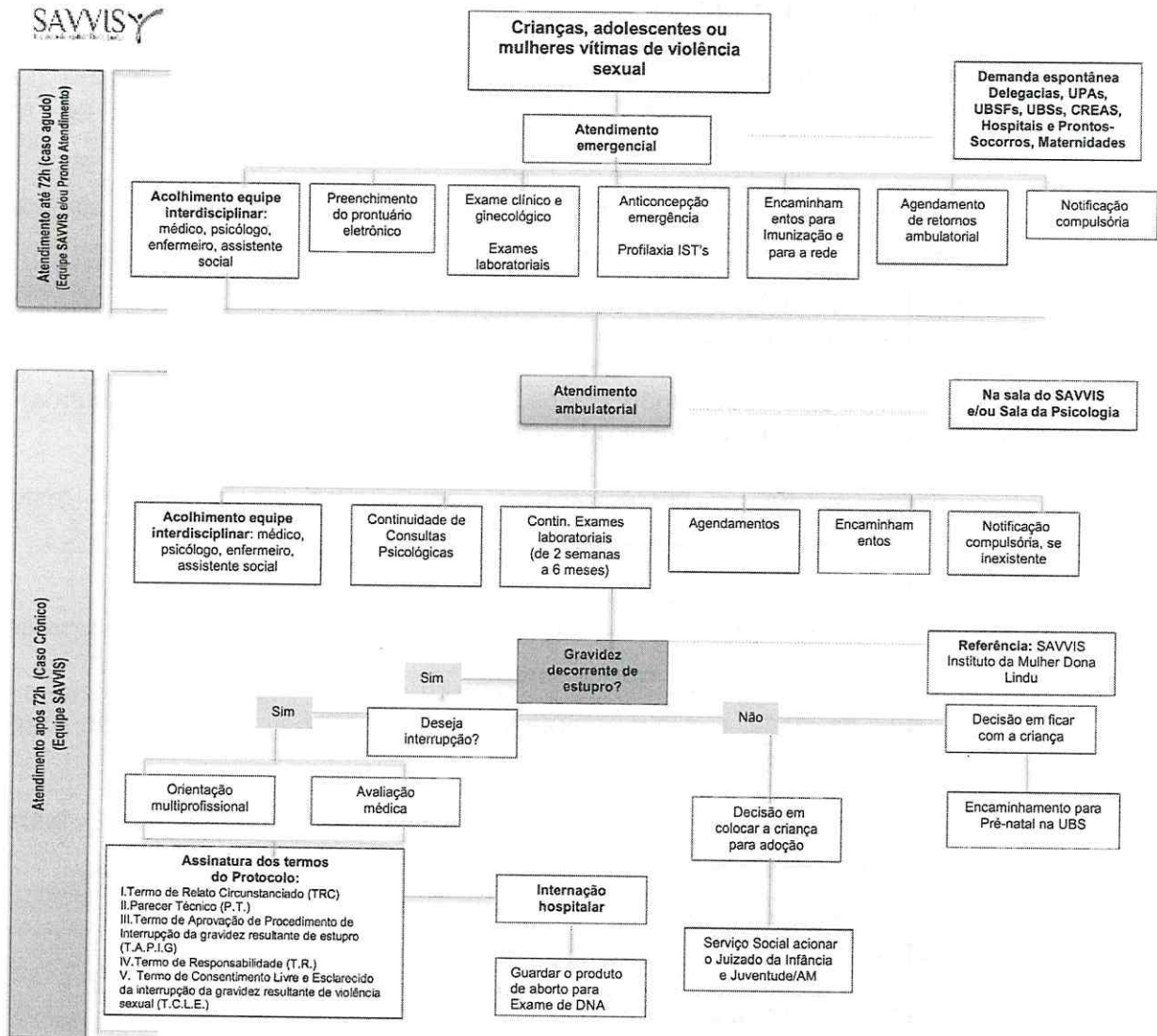
**EDILSON SILVA DE ALBUQUERQUE**  
Gerente de Maternidades – URGEM-GMA/SES-AM

**ANDREZA MENDES DOS SANTOS**  
Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher



## ANEXO I

### FLUXO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL



\*Após assinatura do T.C.L.E, Todos os termos deverão ser lidos e assinados pela gestante, e uma cópia dos termos deve ser entregue a ela.

\*Quando a gestante for menor de idade os termos deverão ser assinados por seu representante legal.

Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual - SAVVIS /Manaus – Amazonas

\*modelo cedido pelo Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual – NUAVIDAS - Uberlândia



Instituto da Mulher  
Dona Lindu

Secretaria de  
Estado de Saúde



AMAZONAS  
GOVERNO DO ESTADO



ANEXO II

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)  
TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

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

EM CASO DE AGRESSOR(ES) DESCONHECIDO(S)

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

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) \_\_\_\_\_.

EM CASO DE AGRESSOR(ES) CONHECIDO(S)

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

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) \_\_\_\_\_.

É o que tenho/temos a relatar.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS:

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde

Nome, identificação e assinatura



# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ANEXO III

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

PARECER TÉCNICO

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

Local e data: \_\_\_\_\_

Médico

(assinatura e carimbo)



ANEXO IV

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

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

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

Local e data: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ANEXO V

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura.



ANEXO VI

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

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

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

Os riscos podem ser encontrados nos protocolos da Organização Mundial de Saúde - OMS (Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde - 2ª ed. 1. Aborto induzido. 2. Cuidado pré-natal. 3. Bem-estar materno. 4. Política de saúde. 5. Guia - ISBN 978 92 4 854843 7), bem como do National Health Service - NHS, disponível em: <<https://www.nhs.uk/conditions/abortion/risks/>>.

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

Declaro também que, após ter sido convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de estupro, e autorizo a equipe do Hospital \_\_\_\_\_ aos procedimentos necessários.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura.

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome, identificação e assinatura.

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Nome, identificação e assinatura.