

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ABORTO LEGAL VIA TELESSAÚDE: PERSPECTIVAS DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO**

LAURA TURATTI BARBOSA

UBERLÂNDIA

2024

LAURA TURATTI BARBOSA

**ABORTO LEGAL VIA TELESSAÚDE: PERSPECTIVAS DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOBRE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

**Orientador: Helena Borges Martins da
Silva** **Paro**

Coorientador: Marisa Elias

UBERLÂNDIA

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

B364
2024

BARBOSA, LAURA TURATTI, 1997-
Aborto legal via telessaúde: perspectivas de mulheres
em situação de violência sexual sobre um serviço de
atendimento [recurso eletrônico] / LAURA TURATTI
BARBOSA. - 2024.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.
Coorientadora: Marisa Aparecida Elias.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.80>

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas. I. Paro, Helena Borges Martins da
Silva, 1977-, (Orient.). II. Elias, Marisa Aparecida,
1968-, (Coorient.). III. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV.
Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional Nº 02/PPGPCS				
Data:	29.01.2024	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:00
Matrícula do Discente:	12212PSC008				
Nome do Discente:	Laura Turatti Barbosa				
Título do Trabalho:	Aborto legal via telessaúde: perspectiva de mulheres em situação de violência sexual sobre um serviço de atendimento				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	EDUCAÇÃO EM SAÚDE				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Zoom Meet, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Cintia Braghetto Ferreira (UFTM), Gustavo Antônio Raimondi (UFU) e Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr. Helena Borges Martins da Silva Paro, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente

ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva** **Paro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 29/01/2024, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cintia Bragheto Ferreira, Usuário Externo**, em 29/01/2024, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Antônio Raimondi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 29/01/2024, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5138065** e o código CRC **64BCC05F**.

Referência: Processo nº 23117.006481/2024-31

SEI nº 5138065

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laura Turatti Barbosa

Aborto legal via telessaúde: perspectivas de mulheres em situação de violência sexual sobre um serviço de atendimento.

Presidente da banca (orientador): Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Banca Examinadora

Titular: Profa. Dra. Cintia Braghetto Ferreira

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Titular: Prof. Dr. Gustavo Antônio Raimondi

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

O aborto legal via telessaúde passou a ser uma alternativa para mulheres em situação de violência sexual durante a pandemia da COVID-19. Nosso objetivo foi compreender a perspectiva de mulheres em situação de violência sexual sobre a experiência do aborto legal via telessaúde no primeiro serviço público a implementar essa modalidade de tratamento no Brasil. Neste estudo qualitativo, entrevistamos seis mulheres, entre 21 e 35 anos, que realizaram o aborto legal via telessaúde. A análise dos resultados resultou em quatro categorias temáticas: perspectivas em relação ao atendimento via telessaúde; potencialidades e facilidades do serviço via telessaúde; desafios e dificuldades da telessaúde; e continuidade do serviço via telessaúde pós-pandemia. As mulheres sentiram-se amparadas, seguras e acolhidas pelas profissionais e pelo serviço; relataram maior facilidade de acesso ao serviço e ao tratamento, e maior conforto e privacidade proporcionada pela telessaúde. As dificuldades foram relacionadas ao formato assíncrono de parte das interações, à falta de conhecimento dos profissionais de fora do serviço acerca do direito ao aborto legal e de divulgação de informações nas redes de saúde sobre o serviço. As participantes entenderam como viável a continuidade do serviço em um contexto pós-pandemia. Os resultados abrem portas para pensar nos desafios ainda impostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à ampliação do acesso ao aborto legal, à telessaúde e à necessidade de uma formação de profissionais de saúde voltada para os direitos humanos das mulheres e para a prática centrada na pessoa.

Palavras-chave: aborto legal; telessaúde; mulheres; violência sexual; pandemia

ABSTRACT

Legal telehealth abortion has become an alternative for women experiencing sexual violence during the COVID-19 pandemic. Our objective was to understand the perspective of women in situations of sexual violence on the experience of legal telehealth abortion in the first public service to implement this treatment modality in Brazil. In this qualitative study, we interviewed six women, between 21 and 35 years old, who had a legal abortion via telehealth. The analysis of the results researched in four thematic categories: perspectives in relation to care via telehealth; potential and facilities of the service via telehealth; challenges and difficulties of telehealth; and continuity of telehealth service post-pandemic. The women felt supported, safe and welcomed by the professionals and the service; reporting greater ease of access to the service and treatment, and greater comfort and privacy provided by telehealth. The difficulties were related to the asynchronous format of part of the interactions, the lack of knowledge of professionals outside the service about the right to legal abortion and the dissemination of information in health networks about the service. Participants understood the continuity of the service in a post-pandemic context as viable. The results open doors to thinking about the challenges still imposed by the Unified Health System (SUS) in relation to expanding access to legal abortion, telehealth and the need for training of health professionals focused on women's human rights and person-centered practice.

Keywords: legal abortion; telehealth; women; sexual violence; pandemic

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes (nomes fictícios)	40
Tabela 2. Resultados.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
OMS	Organização Mundial da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
CR/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
MCP	Medicina Centrada na Pessoa
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
APS	Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
CAPÍTULO I – Violência sexual: aspectos legais e psicossociais no Brasil	12
CAPÍTULO II – O Princípio da Universalidade de Acesso	15
CAPÍTULO III - A teoria da Prática Centrada na Pessoa	17
OBJETIVOS	20
Objetivo Geral	20
Objetivos Específicos	20
ARTIGO 1. Aborto legal via telessaúde: perspectiva de mulheres em situação de violência sexual sobre um serviço de atendimento	20
Resumo	20
Introdução	21
Metodologia.....	21
Resultados.....	23
Considerações Finais	35
Fontes de Financiamento	35
Conflito de Interesses	35
Colaboradores.....	35
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	39
APÊNDICE A	
Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes (nomes fictícios)	40
APÊNDICE B	
Tabela 2. Resultados.....	41
APÊNDICE C	
Roteiro Entrevista	46
ANEXOS	48

Anexo I - Parecer CEP.....	48
----------------------------	----

INTRODUÇÃO

O surgimento da COVID-19 marca um momento oportuno de expansão no uso da telessaúde, como forma de melhorar a resposta do sistema de saúde à crise epidemiológica vivenciada (Caetano *et al.*, 2020). A telessaúde pode ser compreendida como a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para prover recursos à distância, seja com foco assistencial, educacional ou gerencial (Lisboa *et al.*, 2023). Atualmente, os recursos tecnológicos disponíveis permitem aplicações nas mais diversas áreas da saúde (Beheshti *et al.*, 2022).

No âmbito da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, durante a pandemia da COVID-19, surge, no Brasil, o primeiro serviço de aborto legal via telessaúde, para assistir mulheres em situação de violência sexual durante a pandemia. O serviço, composto por uma equipe multiprofissional, realiza a interrupção medicamentosa da gravidez com orientação via telessaúde. O processo é realizado com o primeiro atendimento presencial e a entrega dos medicamentos para a mulher, que realiza o tratamento do aborto em seu domicílio, com acompanhamento pela equipe de saúde à distância. A telessaúde, neste contexto, visa assegurar o acesso às mulheres aos serviços de aborto legal, visto que a violência sexual e a falta de acesso ao aborto legal apresentam-se como graves problemas de saúde pública no Brasil. (Parker, 2022; Giugliani *et al.*, 2019).

No Brasil, existem três situações excepcionais nas quais o aborto é permitido e considerado legal, são elas, gravidez que coloque em risco a vida da mulher, gravidez resultante de estupro e nos casos de anencefalia fetal (Madeiro; Diniz, 2016). O “Serviço de Aborto Legal” se estrutura como um local de referência para a realização do procedimento permitido por lei no SUS. Tal serviço prevê a constituição de uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiras, ginecologistas-obstetras e psicólogas, que atuam no atendimento à violência sexual e também na realização do aborto (Giugliani *et al.*, 2019).

Apesar do avanço na proposição de uma política pública direcionada à saúde das mulheres vítimas de violência sexual, o acesso ao aborto ainda não é uma garantia para as mulheres brasileiras e em meio a pandemia de Covid-19 torna-se ainda mais difícil. Dessa forma, apesar do aborto legal nos casos de gravidez resultante de estupro estar previsto no Brasil desde 1940, existem diversas barreiras que dificultam a chegada das mulheres aos serviços de referência que realizam o procedimento. A falta de disponibilidade de serviços

representa um dos desafios, e os atendimentos, quando ocorrem, são frequentemente caracterizados por julgamentos morais, hostilidade e discriminação, tornando-se assim mais uma fonte de violência (Senapeschi; Vieira; Mariano, 2021; Ruschel *et al.*, 2022; Makleff *et al.*, 2019).

Esses cenários podem levar mulheres a se deslocarem por distâncias cada vez maiores em busca de atendimento, se submeterem ao procedimento em idade gestacional mais avançada ou buscarem meios clandestinos e inseguros para realizá-lo. Assim, compreende-se a relevância de se garantir o funcionamento de serviços de aborto legal, de forma acessível, acolhedora, segura e alinhada às melhores orientações de saúde durante períodos de emergência de saúde, como o provocado pela pandemia de COVID-19 (Rondon, 2021).

Fornecer um olhar mais atento às diferenças de gênero e a questões relativas à saúde e direito sexuais e reprodutivos das mulheres envolve mudanças sociais, coletivas e também individuais por parte da sociedade. Neste contexto, os profissionais que atuam na área da saúde devem prezar pelo cuidado e respeito à autonomia das mulheres para além do seu saber. A prática centrada na pessoa visa alcançar uma atuação multiprofissional que dê voz as percepções das mulheres sobre seu adoecimento, integrando-as no processo de promoção de saúde e prevenção de doença. Tornando-as assim, sujeitos da sua própria saúde (Altshuler; Whaley, 2018; Sudhinaraset *et al.*, 2020).

São muitos os impasses frente ao processo de acesso ao aborto legal, a desconstrução de um modelo biomédico em saúde, a um olhar para saúde sexual e reprodutiva das mulheres como um direito e também a extensão da telessaúde como forma de melhorar o sistema de saúde no Brasil. No cenário de pioneirismo da criação do primeiro serviço de aborto legal via telessaúde, compreender a visão das mulheres que passaram por este serviço pode auxiliar na consolidação dessa modalidade de tratamento no Brasil. Nesse sentido, essa dissertação apresenta como fundamentação teórica o contexto da violência sexual contra mulher no Brasil, o princípio da universalidade de acesso do SUS e também a teoria sobre a prática centrada na pessoa.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I – Violência sexual: aspectos legais e psicossociais no Brasil

A violência contra a mulher pode ser definida como todo ato, baseado no gênero, que provoque morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a atenção às

mulheres em situação de violência doméstica e sexual como questão de saúde pública e um direito humano (Abortion care guideline, 2022). Entende-se a violência de gênero como violação dos direitos humanos na medida em que afeta a condição da mulher como cidadã, sua liberdade de ir e vir com segurança, seu direito de expressão e o respeito à sua integridade física, psíquica e social (Alves Fernandes; Cerqueira, 2017).

Dentre as formas de violência sofridas por mulheres, a de ordem sexual é compreendida como toda ação na qual uma pessoa em relação de poder utiliza de força física, coerção ou intimidação psicológica para obrigar outra a praticar ato sexual contra sua vontade. A violência sexual contra mulher envolve questionamentos históricos e culturais, atinge principalmente jovens em idade reprodutiva, provocando consequências na saúde física e psicológica destas. Além do risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), outra adversidade é a possibilidade da gravidez, cuja ocorrência resulta, na maioria das vezes, em aborto (Guimarães; Ramos, 2017).

Na perspectiva jurídico-legal, o aborto se refere a interrupção da gestação, com a morte do produto, em qualquer que seja o seu estado evolutivo, podendo ser classificado como espontâneo, natural ou induzido. O aborto espontâneo é aquele efetuado pelo próprio organismo, independe da vontade da mulher. Caracteriza-se pela inviabilidade natural do conceito e sua morte é devido a diferentes fatores etiológicos. O aborto induzido é aquele realizado intencionalmente, que ocasiona a morte do feto por vontade da gestante e/ou de outrem. Subclassifica-se em criminoso ou legal, sendo este último enquadrado em situações previstas e amparadas pela lei do país em que ocorre (Aguiar, 2018). Segundo o Código Penal brasileiro o aborto é classificado como crime, tendo como pena a detenção de um a três anos (Brasil, 1940). Entretanto, existem três situações excepcionais nas quais o aborto é permitido e considerado legal, são elas, gravidez que coloque em risco a vida da mulher, gravidez resultante de estupro e nos casos de anencefalia fetal (Madeiro; Diniz, 2016).

No que se refere as políticas públicas que asseguram a realização do aborto legal, tem-se no contexto da legislação brasileira uma norma que refere sobre a realização do aborto legal no âmbito do SUS e que demarca a estruturação desses serviços no Brasil (Brasil, 2012). Apesar da legislação, o acesso ao aborto ainda não é visto como garantia para as mulheres brasileiras. Durante o período de pandemia ainda houve uma redução no número de hospitais cadastrados que confirmam ofertar o serviço. A atualização mostra que dos 76 hospitais que em 2019 declararam realizar aborto legal em consulta telefônica, apenas 42 afirmaram seguir realizando o procedimento em meio a pandemia – uma redução de 45% (Artigo 19, 2019).

O aborto representa um problema de saúde pública no Brasil, com sua discussão envolvendo um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. A influência de tais aspectos, muitas vezes, acabam inibindo as mulheres a declararem seus abortos, o que dificulta o cálculo da sua magnitude. Ademais a tais dificuldades, sabe-se que o aborto é amplamente praticado, com o uso de meios diversos os quais, em geral, acabam acarretando consequências danosas à saúde, podendo, inclusive, levar à morte (Estratégicas, 2010). Estima-se que, a cada ano, cerca de 230 mil mulheres internem pelo SUS em decorrência de abortos inseguros. Além disso, o aborto tem sido uma das principais causas de óbito materno no Brasil nos últimos anos. A escassez de serviços para o atendimento das mulheres que recorrem ao aborto previsto em lei e a dificuldade no tratamento das complicações decorrentes de um aborto inseguro devem ser entendidas como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Giugliani *et al.*, 2019).

Tal temática também deve considerar as questões de gênero implicadas ao contexto histórico, social e cultural inserido. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em um visão biologicista e no seu papel social de mãe, responsável pela criação, educação e pelo cuidado dos filhos e dos demais familiares. Embora essa conjuntura tenha se modificado de certa forma, percebe-se ainda hoje a ênfase dada ao parto e ao nascimento, em contraposição ao aborto, historicamente negligenciado. Adicionalmente a isto, faz-se necessário refletir e compreender a violência de gênero como um grave problema social. O estupro trata-se, para além de uma violência física, de uma relação de poder, em que mulheres assumem um estado de subalternação, deixando de serem sujeitas dos próprios desejos, direitos e de seus corpos (Giugliani *et al.*, 2019).

Aliado a isso, tem-se na atualidade o fator agravante pandêmico que interfere diretamente nas políticas públicas e direito das mulheres que sofrem com a violência sexual e buscam pelo abortamento legal. Diante da pandemia de COVID-19, autoridades sanitárias internacionais recomendaram o isolamento social e orientaram a reorganização dos serviços de saúde para evitar o colapso da atenção e cuidado. Nesse cenário de crise sanitária, a saúde sexual e reprodutiva demanda especial atenção, como asseverou a OMS ao determinar a essencialidade desses serviços durante a emergência. A necessidade de se promover o acesso a contraceptivos e de dar continuidade a serviços de saúde sexual e reprodutiva é reforçada pelo Fundo de População das Nações Unidas no Brasil, que propôs o uso de teleconsultas e a oferta pública de informação como formas de não deixar que mulheres e meninas fiquem desassistidas neste momento (UNFPA, 2020).

CAPÍTULO II – O Princípio da Universalidade de Acesso

A OMS, em 1946, formula o conceito de saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência da doença. A partir desta definição, o conceito de saúde começa a ser questionado no que tange à visão dicotômica de saúde e doença, não sendo mais suficiente a antiga concepção de saúde centrada na ausência de enfermidades. Na atualidade, apesar de considerado um conceito por vez utópico, é a partir dele que o cuidar em saúde se volta para uma visão holística do sujeito e de seu adoecimento (Czeresnia; Freitas, 2009).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) foi influenciada e tratada sob a nova perspectiva de saúde derivada da (OMS, 1946). A atual CR/88 desempenhou um papel inovador ao estabelecer de forma explícita o direito à saúde como fundamental no país. A referida normativa representa uma conquista significativa originada da mobilização e discussão extensiva pela sociedade brasileira. Impulsionada inicialmente pelos ativistas do movimento de reforma sanitária, o processo passou a envolver diversos setores da sociedade durante a elaboração da Constituição (Mattos, 2009).

As propostas desse movimento refletiram a aspiração por um novo paradigma de cuidados de saúde no Brasil, em contraposição às abordagens fragmentadas, focadas apenas na cura, que anteriormente se concentravam na lógica centrada em doenças e atendimento hospitalar. Até então, apenas os trabalhadores formais tinham acesso garantido aos serviços públicos limitados, concentrados nos centros urbanos, enquanto o restante da população dependia de pagamento diretamente aos serviços de caridade ou de caridade por parte de entidades religiosas (Jacobs; Boing, 2022).

Esse movimento, embora diversificado em suas abordagens, conseguiu estabelecer um consenso abrangente em torno de princípios fundamentais que deveriam orientar a atuação do Estado na área da saúde. Entre eles temos a afirmação de que a saúde deve ser reconhecida como um direito universal e uma responsabilidade do Estado. Além disso, abraçou uma compreensão ampla da saúde e de seus determinantes sociais, juntamente com uma visão expandida das responsabilidades do Estado em relação à saúde. Esse movimento também delineou os princípios essenciais para a construção de um sistema de saúde, representando os alicerces que comumente denominamos como os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2001).

É comum identificar como princípios e diretrizes do SUS as diretrizes fundamentais delineadas no texto da Constituição Federal, que incluem a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação da população e organização da rede de serviços

de forma regionalizada e hierarquizada. Em relação ao princípio da universalidade de acesso, este visa garantir o acesso às ações e serviços a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Ao adotar este princípio, o sistema de saúde brasileiro busca romper com o modelo anterior de políticas públicas segmentadas, para que se torne público, universal, e igualitário, e se realize como uma política inclusiva. A saúde deve ser um direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal (Brasil, 2001).

Com a responsabilidade de tornar realidade este princípio, o Estado brasileiro deve se posicionar ativamente para implementar estratégias que promovam acesso a saúde e assim, mitigar as dificuldades vividas por grande parte população. Faz-se necessário, portanto, desnaturalizar a falta de acesso à saúde nos diversos níveis de atenção, visando respeito e garantia dos direitos humanos fundamentais. Nesse sentido, ainda que constitucionalmente seja garantida a universalidade, na prática, o acesso à assistência ainda encontra restrições para grupos específicos da população e é permeado por notáveis desigualdades. Isso se reflete nas limitações de oportunidades de acesso para aqueles em condições de vida e saúde menos favorecidas. Indivíduos com menor nível de escolaridade e renda frequentemente ficam presos em um ciclo prejudicial entre a doença e a pobreza (Jacobs, 2022).

O acesso à saúde está condicionado à disponibilidade de serviços em quantidade suficiente. No entanto, essa disponibilidade física é influenciada por fatores financeiros, organizacionais e socioculturais, os quais podem se tornar obstáculos significativos para um acesso eficaz. Nesse contexto, as dificuldades geográficas de acesso impactam de forma diferenciada cada segmento da população, podendo criar barreiras insuperáveis para alguns, resultando na privação do cuidado necessário (Gulliford *et al.*, 2002).

Com o objetivo de promover um acesso à saúde universal, equitativo e abrangente, os princípios orientadores do modelo de saúde brasileiro incluem a regionalização e hierarquização. A intenção é fornecer assistência de saúde resolutiva a qualquer pessoa, independentemente da natureza do problema de saúde. Para atingir esse objetivo, adota-se uma abordagem de rede assistencial estruturada de forma hierárquica, com diferentes níveis de densidade tecnológica, definindo população de referência, portas de entrada e fluxo de referenciamento (Brasil, 2001).

A implementação do processo de regionalização depara-se com disparidades significativas entre diversas regiões, e até mesmo entre os estados. Embora o sistema de saúde tenha como objetivo a universalidade e a integralidade no acesso, na prática, observam-se restrições de acessibilidade, tais como a fragmentação da rede, a falta de disponibilidade de

serviços em tempo hábil e desigualdades regionais. Nota-se uma maior disponibilidade e acesso aos serviços de atenção secundária e terciária nas regiões Sul e Sudeste, especialmente nas grandes cidades (Assis; Jesus, 2012).

Observa-se que o conceito de acesso foi se aprimorando ao longo da história e adquirindo perspectivas de subjetividade. Dessa forma, a avaliação de acesso tornou-se mais desafiadora, envolvendo: a disponibilidade, que diz respeito a existência de serviços em local apropriado e no tempo necessário; a capacidade financeira de acesso o que engloba, além do pagamento pela assistência em si, os gastos em transporte, medicamentos e perda de produtividade; informação; e aceitabilidade, em que são consideradas as percepções dos indivíduos e da comunidade quanto ao serviço (Assis; Jesus, 2012).

Apesar dos avanços em relação à criação do SUS e ao movimento da reforma sanitária, ainda há muitas desigualdades frente ao processo efetivo de garantia dos direitos humanos universais de acesso a saúde. Há necessidade de maior investimento e financiamento por parte do Estado, como também de um processo de produção do conhecimento e das práticas em saúde que se faça por meio da construção compartilhada, o que exige a participação ativa dos envolvidos na produção social de saúde, como os usuários do SUS, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde. Além de maior uma construção social, econômica e política voltada para um viés de saúde pública e coletiva.

CAPÍTULO III - A teoria da Prática Centrada na Pessoa

Ao longo da história, a prática médica tem seguido a tendência de priorizar as doenças e seu processo de diagnóstico em detrimento dos indivíduos que sofrem do padecimento. Dessa forma, o método clínico ainda dominante na prática médica na atualidade e o que é ensinado na maioria das instituições de ensino, é o chamado de “modelo biomédico”. Esse modelo se concentra na compreensão de problemas de saúde objetivos, explicados por abordagens biológicas, desconsiderando a influência da subjetividade do paciente e, conseqüentemente, tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas (Barbosa; Ribeiro, 2016).

Para além de ser um método clínico focado na doença, é possível afirmar que esse modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, atribuindo a ele um papel de autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta, colhendo informações, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico, até chegar a uma conclusão ou diagnóstico e expor para o paciente sua proposta terapêutica. Nota-se que esse modelo não

incorpora a visão do paciente em sua vivência da doença, suas percepções sobre o problema e as expectativas relacionadas à abordagem do mesmo. Além disso, não aborda as possíveis implicações das intervenções na rotina de vida e no contexto social da pessoa. Estudos revelam falhas nesse modelo, principalmente no que se refere à insatisfação dos pacientes e à falta de adesão ou acompanhamento das orientações terapêuticas propostas. Há insatisfações também, em relação à eficácia no atendimento às necessidades de saúde das pessoas e em promover a satisfação dos próprios médicos com seu trabalho (Barbosa; Ribeiro, 2016).

Michael Balint, médico e psicanalista, foi um dos primeiros a explorar esse assunto, ele introduziu o termo "medicina centrada no paciente" em oposição ao termo "medicina centrada na doença", incorporando ao saber médico questões do paciente como sua família, o ambiente, o contexto de vida e a construção de um vínculo. A partir daí um método clínico substitutivo foi sendo desenvolvido por vários pesquisadores em todo o mundo. A crescente adoção da terminologia "pessoa" em vez de "paciente", evidenciada na literatura, reflete a percepção de muitos autores de que o conceito de pessoa abrange um espectro mais amplo do que o de paciente. Essa evolução culminou com uma proposta de transformação na abordagem médica, descrita pelo termo, medicina centrada na pessoa (MCP) (Stewart *et al.*, 2021).

A MCP constitui-se como um método clínico que objetiva, compreender de forma integral a vivência individual do adoecimento, a fim de construir conjuntamente, médico e paciente, um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde, através de uma escuta qualificada. O método clínico centrado na pessoa (MCCP) dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas. Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico (Stewart *et al.*, 2021).

Não só a formação médica, mas a formação multiprofissional no mundo tem passado por mudanças no sentido de se adequar ao ensino do modelo centrado na pessoa, substituindo o modelo biomédico, até então predominante por décadas. Tais pressupostos propiciam a autonomia e proatividade do paciente como sujeito, elementos indispensáveis para a efetivação da promoção da saúde. Na atualidade, é notável os benefícios decorrentes do uso do MCCP, mas a implementação desse método enfrenta vários desafios, uma vez que implica

uma mudança de paradigma que exige alterações substanciais na estrutura curricular (Barbosa; Ribeiro, 2016).

Nesse contexto, os profissionais de saúde assumem importante papel na promoção de saúde, por ser figura atuante não só nos vários cenários da assistência, mas na elaboração de políticas de saúde em vários níveis. Consequentemente, sua formação deve abordar a promoção de saúde nos seus diversos parâmetros sociais, políticos, econômicos, culturais. (Lima Nogueira *et al.*, 2022). A prática centrada na pessoa visa incentivar que os profissionais compreendam como o paciente relaciona-se com sua enfermidade, como a doença insere-se nas suas relações com o mundo, respeitar a individualidade de seu paciente e sobretudo ouvi-lo (Barbosa; Ribeiro, 2016).

No Brasil, o MCCP vem sendo introduzido e estudado, principalmente, por profissionais atuantes em atenção primária à saúde (APS). Contudo, pode ser utilizado em todos os cenários de prática, por profissionais de todas as especialidades, pois a ampliação do foco é sempre possível e pode qualificar o cuidado prestado pelos serviços de saúde. O MCCP potencializa as intervenções e resultados relativos à promoção da saúde e à prevenção de doenças, na medida em que orienta a escolha, em decisão conjunta entre profissional e pessoa, de estratégias promocionais e preventivas mais adequadas (Castro; Knauth, 2015).

O MCCP pode ser realizado em qualquer tempo de consulta com o paciente e construído ao longo do tempo de acompanhamento, de maneira que aspectos não vistos em uma consulta podem ser vistos em uma seguinte. Além do conceito de tempo (duração), o MCCP incorpora o conceito de “timing”, que é o tempo dado pelo médico à consulta conforme as necessidades do paciente, de modo que, no exercício do MCCP, a duração das consultas varia não só pela disponibilidade de tempo, mas também, principalmente, pelas necessidades dos pacientes (Stewart M *et al.*, 2021). Estudos demonstram que tal método traz benefícios também para o médico, como uma maior capacidade de se relacionar com os pacientes, maior bem-estar, menor percepção de esgotamento profissional, maior satisfação do médico com a consulta e a menor prevalência de reclamações ou litígios por erro médico (Castro; Knauth, 2015).

Em relação à assistência ao aborto, a execução da prática centrada na pessoa é compreendida como um desafio. Uma análise recente dos cuidados centrados na pessoa para serviços de aborto encontrou muitos casos em que as mulheres são mal tratadas (Sudhinaraset *et al.*, 2020). No intuito de garantir o direito das mulheres e uma prática profissional centrada na pessoa, tem-se a criação de um protocolo que compreende a importância de abranger um cuidado que englobe: dignidade, autonomia, privacidade, comunicação, apoio social, cuidados

de apoio, confiança e ambiente de saúde facilitador (Altshuler; Whaley, 2018). A experiência positiva da realização do aborto legal pelas mulheres é um componente crítico para assegurar um atendimento de qualidade. Dessa forma, melhorar a experiência destas e a qualidade dos serviços de aborto é fundamental para proteger os direitos e necessidades reprodutivas das mulheres (Sudhinaraset *et al.*, 2020).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo geral compreender a perspectiva das mulheres em situação de violência sexual acerca da experiência do aborto legal via telessaúde oferecido em um serviço público do SUS.

Objetivos Específicos

Abarcar as potencialidades e desafios do serviço de atendimento através da perspectiva das mulheres em situação de violência sexual;

Analisar a perspectiva de continuidade do serviço em um contexto pós-pandemia.

ARTIGO 1. Aborto legal via telessaúde: perspectiva de mulheres em situação de violência sexual sobre um serviço de atendimento

Resumo

O aborto legal via telessaúde passou a ser uma alternativa para mulheres em situação de violência sexual durante a pandemia da COVID-19. Nosso objetivo foi compreender a perspectiva de mulheres em situação de violência sexual sobre a experiência do aborto legal via telessaúde no primeiro serviço público a implementar essa modalidade de tratamento no Brasil. Neste estudo qualitativo, entrevistamos seis mulheres, entre 21 e 35 anos, que realizaram o aborto legal via telessaúde. A análise dos resultados resultou em quatro categorias temáticas: perspectivas em relação ao atendimento via telessaúde; potencialidades e facilidades do serviço via telessaúde; desafios e dificuldades da telessaúde; e continuidade do serviço via telessaúde pós-pandemia. As mulheres sentiram-se amparadas, seguras e acolhidas pelas profissionais e pelo serviço; relataram maior facilidade de acesso ao serviço e ao tratamento, e maior conforto e privacidade proporcionada pela telessaúde. As dificuldades foram relacionadas ao formato assíncrono de parte das interações, à falta de conhecimento dos profissionais de fora do serviço acerca do direito ao aborto legal e de divulgação de

informações nas redes de saúde sobre o serviço. As participantes entenderam como viável a continuidade do serviço em um contexto pós-pandemia. Os resultados abrem portas para pensar nos desafios ainda impostos pelo SUS em relação à ampliação do acesso ao aborto legal, à telessaúde e à necessidade de uma formação de profissionais de saúde voltada para os direitos humanos das mulheres e para a prática centrada na pessoa.

Palavras-chave: aborto legal; telessaúde; mulheres; violência sexual; pandemia

Introdução

O surgimento da COVID-19 marca um momento benéfico de expansão no uso da telessaúde, como forma de melhorar a resposta do sistema de saúde à crise vivenciada (Caetano *et al.*, 2020). A telessaúde pode ser compreendida como a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para prover recursos à distância, seja com foco assistencial, seja com foco educacional ou gerencial (Lisboa *et al.*, 2023). Atualmente, os recursos tecnológicos disponíveis permitem aplicações nas mais diversas áreas da saúde (Beheshti *et al.*, 2022).

No âmbito da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, durante a pandemia da COVID-19, surge, no Brasil, o primeiro serviço de aborto legal via telessaúde, para assistir mulheres em situação de violência sexual durante a pandemia. O serviço, composto por uma equipe multiprofissional, realiza a interrupção medicamentosa da gravidez com orientação via telessaúde. O processo é realizado com o primeiro atendimento presencial e a entrega dos medicamentos para a mulher, que realiza o tratamento do aborto em seu domicílio, com acompanhamento pela equipe de saúde à distância.

Nesse cenário de pioneirismo, a visão das mulheres que passaram pelo serviço de aborto legal via telessaúde pode auxiliar na consolidação dessa modalidade de tratamento no Brasil. Este estudo teve como objetivo compreender a perspectiva das mulheres em situação de violência sexual acerca da experiência do aborto legal via telessaúde oferecido em um serviço público do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Este é um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. Para coleta de dados, a autora principal realizou entrevistas semiestruturadas com mulheres em situação de violência sexual que realizaram a interrupção legal da gravidez via telessaúde em um serviço de aborto legal no interior do Sudeste brasileiro. A chegada das mulheres ao serviço dá-se por

meio de demanda espontânea, encaminhamentos de outros serviços de saúde ou do próprio serviço de pronto atendimento do hospital ou do serviço de segurança pública. O serviço dispõe de atendimento semanal com médicas, psicólogas, assistente social e advogadas. Sua atuação contempla toda a assistência de saúde necessária para as vítimas, inclusive para aquelas mulheres que engravidam em decorrência do estupro, com a interrupção legal da gravidez.

No período do estudo, para as gestantes que buscaram o serviço de aborto legal com gravidezes de até nove semanas, eram oferecidas as alternativas de tratamento recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (Abortion care guideline, 2022), ou seja: tratamento medicamentoso com três doses de 800 mcg de misoprostol a serem utilizadas pela mulher em seu domicílio (aborto domiciliar com orientação por telessaúde) ou tratamento cirúrgico por meio de aspiração manual intrauterina (AMIU) em regime de internação hospitalar. Excepcionalmente, de acordo com as preferências da mulher, podia-se oferecer o tratamento medicamentoso em regime de internação hospitalar.

O primeiro atendimento às mulheres no serviço era realizado de forma presencial, para orientações e também para definir qual método de preferência da participante. Uma vez escolhida a opção pelo tratamento medicamentoso domiciliar com orientação por telessaúde, as mulheres recebiam orientações sobre uso do misoprostol, seus efeitos esperados, colaterais e possíveis sinais de alerta. A entrega medicamento era realizada de forma presencial, pelos profissionais de saúde do hospital.

Nos demais atendimentos, as orientações eram oferecidas verbalmente e por meio de envio de figuras e textos por aplicativo de mensagem (WhatsApp®). As profissionais de saúde (médicas e psicólogas) estavam à disposição para interações pelo aplicativo de mensagem durante todo o tempo do tratamento. Para seguimento posterior ao aborto medicamentoso, as mulheres podiam escolher entre a consulta presencial ou por telessaúde. O número de consultas posteriores ao aborto legal dependia das necessidades individuais de cada mulher.

Para este estudo, incluímos, de maneira consecutiva, mulheres acima de 18 anos, brasileiras, gestantes em decorrência de violência sexual, atendidas no serviço de aborto legal do estudo e que realizaram aborto legal via telessaúde nesse serviço. As mulheres que preenchiam aos critérios de inclusão foram convidadas após as consultas de retorno de rotina do serviço (presenciais ou por telessaúde) por meio do esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Após a assinatura virtual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cada participante realizou a entrevista semiestruturada de forma individual, na modalidade online

ou presencial, de acordo com sua preferência. Cada entrevista teve, em média, duração de 40 minutos.

As entrevistas no formato on-line foram realizadas no período de abril a agosto de 2022, por meio das plataformas WhatsApp® ou Google Meet®, de acordo com a preferência da participante. Na modalidade presencial, conduzimos as entrevistas na instituição hospitalar vinculada ao serviço do estudo, em local com privacidade para as entrevistadas. As duas modalidades de entrevista seguiram as resoluções éticas que visam preservar o sigilo e garantir a segurança às participantes envolvidas.

A amostra se deu por conveniência de acordo com o tempo estabelecido para coleta de dados. Convidamos um total de dez mulheres para a participação neste estudo, das quais seis aceitaram o convite por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Quatro das participantes optaram pelo formato on-line de entrevista e duas pela modalidade presencial.

Para a análise dos dados, utilizamos a Análise de Conteúdo na modalidade temática (Bardin, 2010), pois possibilita a compreensão dos aspectos subjetivos, tais como valores, crenças, atitudes e opiniões relatadas pelas participantes, além da descrição dos fragmentos de mensagem. Como pressuposto filosófico e teórico, utilizamos no processo de análise dos dados, o princípio de universalidade do acesso à saúde como direito humano fundamental (Brasil, 2001) – que é, inclusive, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990) – e da Prática Centrada na Pessoa (Stewart, 2014; Altshuler; Whaley, 2018).

Todas as entrevistas, transcrições e categorização dos dados foram conduzidas pela autora principal do estudo. Não foi realizado uso de softwares para análise dos dados. As participantes foram identificadas por nomes fictícios escolhidos por elas ou de forma aleatória pela autora principal. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 52054521.9.0000.5152).

Resultados e Discussão

A idade das participantes variou entre 21 e 35 anos. Todas as participantes tinham pelo menos ensino médio incompleto, quatro delas com ensino superior (completo ou incompleto). Metade das participantes residia na mesma unidade federativa do serviço. Uma das participantes residia em outra região do país (Tabela 1).

Os resultados da pesquisa foram divididos em quatro categorias temáticas: (1) perspectivas em relação ao atendimento via telessaúde; (2) potencialidades e facilidades do

serviço via telessaúde; (3) desafios e dificuldades da telessaúde; e (4) continuidade do serviço via telessaúde pós-pandemia (Tabela 2). Dentro de cada categoria também foram nomeadas subcategorias, sendo elas: (1.1) conhecimento sobre o serviço de aborto legal via telessaúde, (1.2) expectativas relacionadas ao serviço de aborto legal via telessaúde; (2.1) facilidade de acesso, (2.2) informações facilitadas, (2.3) privacidade e conforto, (2.4) importância do atendimento psicológico, (2.5) adesão à continuidade do tratamento; (3.1) interação assíncrona, (3.2) desinformação dos profissionais de saúde, (3.3) gestão do SUS; (4.1) manutenção do serviço de saúde pós-pandemia.

Perspectivas em relação ao atendimento via telessaúde

1. Conhecimento sobre serviço de aborto legal via telessaúde

Nenhuma participante tinha conhecimento prévio acerca do serviço que realizava o aborto medicamentoso via telessaúde. Muitas delas chegaram ao serviço a partir de pesquisa própria pela internet e outras por indicação de conhecidos ou de profissionais da segurança pública.

“É, por pesquisa minha, porque eu não tive ajuda pelo SUS [...], eu procurei saber e o pessoal falou que não sabia informar sobre”, “Aí eu mesmo pesquisei sobre o que, que tinha acontecido comigo, fui pesquisando, pesquisando, até encontrar” (Letícia, 21 anos).

O desconhecimento das mulheres acerca do direito ao aborto legal e da existência de serviços de referência para atendê-las (Machado *et al.*, 2015) evidencia a necessidade de ampliação da divulgação dos serviços e dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Uma pesquisa documental realizada com mulheres vítimas de violência sexual em busca do aborto legal evidencia que a busca de informações pela Internet e a construção de uma rede de atendimento com diversos setores da sociedade (delegacias, judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar; amigo) aparecem como elementos potencializadores no acesso ao direito do aborto. A atenção primária à saúde também representa uma referência importante na busca de ajuda pelas mulheres, assim como os órgãos de segurança e proteção (Ruschel *et al.*, 2022).

Uma vez que os próprios usuários desconhecem sobre o serviço de atendimento disponível, entendemos que são amplos os desafios ainda impostos pelo SUS em relação à ampliação do acesso a saúde. A busca pela universalidade de acesso reflete o compromisso de garantir que a saúde seja acessível a todos, reconhecendo-a como um direito universal (Brasil).

Ministério da Saúde, 2001). A lei nº 14.510 (Brasil, 2020) que complementa a lei nº 8080 (Brasil, 1990) em relação ao uso da telessaúde - para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional - também refere como princípio a promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde. Dessa forma, o Estado é obrigado a criar estruturas institucionais para garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços públicos de saúde sem restrições (Brasil, 2001; Brasil, 1990).

Porém, o Brasil enfrenta desafios únicos na implementação de soluções tecnológicas devido à desigualdade socioeconômica e à distribuição desigual da população. No contexto da pesquisa, a amostra das participantes representa uma parcela da população com acesso ao ensino médio e majoritariamente residente da região sudeste, o que não abarca e nem representa de forma universal a população brasileira. Dessa forma, a equidade digital é necessária para expandir os serviços de telessaúde a toda população brasileira e, dessa maneira, garantir a universalidade do acesso à saúde (Beheshti *et al.*, 2022).

2. Expectativas relacionadas ao serviço de aborto legal via telessaúde

Já em relação à expectativa do atendimento via telessaúde, as participantes relataram certo receio de como seria o atendimento via telessaúde e do procedimento não dar certo. No imaginário da maioria das participantes, a telessaúde foi vista como uma possibilidade mais complicada, visão que acabou se transformando ao longo do que foi vivenciado de fato.

“Um pouco de... receio assim, não sei se pelo desespero já por toda a situação. Mas um receio assim de demorar, de não dar certo” (Mariana, 27 anos).

O receio nomeado pelas participantes em realizar o aborto via telessaúde pode se relacionar aos aspectos biopsicossociais e aos estigmas envolvidos em relação ao aborto, como medo de julgamento, desamparo diante da situação de violência vivenciada, o medo de não dar certo, entre outros. Apesar de ser um componente essencial nos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, muitas mulheres ainda enfrentam barreiras ao aborto legal e o seu percurso até aos cuidados é influenciado por uma série de fatores sociais, culturais e legais (Makleff *et al.*, 2019).

Contrapondo-se às preocupações elencadas pelas participantes, a ideia de tranquilidade e de acolhimento passou a ser vista como possível e real por estas, no atendimento via telessaúde, o que demonstrou um novo olhar, para além das expectativas pré-estabelecidas. Ademais, quando questionadas em relação à avaliação do atendimento via telessaúde recebido, todas as participantes perceberam o atendimento como prático e muito bom.

Relataram ainda que se sentiram acolhidas no ambiente virtual. Nenhuma participante relatou que se sentiu desassistida.

“... ela foi acolhedora, é tipo, não teve julgamento, ela me explicou as informações sobre a medicação ou como que era feito o procedimento, tudo. Qual era a forma de fazer o procedimento. E o psicológico ta me ajudado bastante, porque... além de um trauma é...bem chato, né? De se lidar, tem outras coisas em questão também. Então, ta me ajudando bastante essas terapias que está tendo” (Letícia, 21 anos).

O sentimento de amparo diante do serviço fornecido demonstra que tais participantes encontraram no atendimento fornecido e nas profissionais um ambiente seguro e acolhedor. Dessa forma, compreendemos que o cuidado desempenhado pelos profissionais do serviço de aborto legal, mesmo em ambiente virtual, se aproxima do que é proposto pelas normas técnicas nacionais (Estratégicas, 2010) e pelas recomendações internacionais (Abortion care guideline, 2022) em relação aos deveres éticos da equipe multidisciplinar (Senapeschi; Vieira; Mariano, 2021).

Tratar as mulheres com respeito e dignidade durante a assistência ao aborto é importante do ponto de vista dos direitos humanos, mas também porque a experiência das mulheres pode ter impacto nos resultados, na adesão às orientações do tratamento e nas futuras decisões de procura pelos cuidados em saúde por parte da paciente e das mulheres que ouvem falar das suas experiências(Altshuler; Whaley, 2018). Nessa perspectiva, a prática baseada nos cuidados centrados na pessoa (CCP), cuidados que respeitem e respondam aos valores, preferências e necessidades dos pacientes (Stewart, 2014), se mostram essenciais também em relação ao aborto legal.

O método clínico centrado na pessoa surgiu da demanda das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças (Stewart, 2014). Pesquisas recentes revelam que considerar o cuidado centrado na pessoa na atenção ao aborto usando dimensões/protocolos que considerem a dignidade, autonomia, privacidade, comunicação, apoio social, cuidados de apoio, confiança e ambiente de saúde facilitador proporcionado às mulheres, permite uma melhor avaliação dos dados que descrevem às experiências das mulheres com relação ao aborto(Altshuler; Whaley, 2018). A prática centrada no paciente também está associada à melhoria do estado de saúde das pacientes e ao aumento da eficiência dos cuidados (redução

de testes de diagnóstico e encaminhamentos) (Altshuler; Whaley, 2018; Sudhinaraset *et al.*, 2020).

Potencialidades e facilidades do serviço via telessaúde

1. Facilidade de acesso

Em relação às potencialidades do serviço elencadas pelas participantes, destaca-se a facilidade de acesso proporcionada pela telessaúde.

“Olha, a facilidade é que eu estou tendo acesso, né? A esse tratamento em específico. É... coisa que eu não teria aqui na minha cidade, então foi ter acesso mesmo a isso. Eu, eu nem sabia que eu podia ter, que é... que eu poderia passar por isso. Então a telemedicina dessa forma me... para mim foi muito bom! Ter acesso à medicação, poder fazer na minha casa, com acompanhamento dela e acesso a, a esse tipo de atendimento, né? Que é um aborto legal. É... para mim foi, foi incrível, assim, saber que isso pode acontecer!” (Daniela, 35 anos).

Desde o início da pandemia de COVID-19, a telemedicina vem expandindo-se como forma de cuidado em saúde. Para além da pandemia, ela abre espaço para atuar como ferramenta de melhoria de acesso ao SUS (Caetano *et al.*, 2020). Pode ser compreendida como forma de acompanhamento em saúde que minimiza a necessidade e os gastos com relação à locomoção dos pacientes, diminui a ocupação de leitos hospitalares e consequentemente, a sobrecarga da atenção terciária. Além de reduzir a distância entre os profissionais e a população, a telessaúde pode prestar cuidados de saúde a áreas de difícil acesso (Beheshti *et al.*, 2022). Quando perguntado sobre quais aspectos foram levados em consideração para optar pelo aborto via telessaúde em detrimento do presencial, muitas participantes referem sobre a rapidez proporcionada por tal possibilidade, não sendo preciso esperar por leitos hospitalares para realizar o procedimento.

“Ah, porque era mais rápido. Seria mais rápido. Eu não ia precisar esperar quarto, não ia esperar ser internada. Então para mim foi melhor fazer em casa por causa disso, porque seria mais rápido e conforto também na minha casa” (Beatriz, 25 anos).

Pesquisas associam o tempo de espera no atendimento via telessaúde como menor (Parker, 2022) e também como um fator significativo em relação à qualidade do serviço (Boydell *et al.*, 2021). Em um estudo, o curto tempo de espera proporcionado pelo atendimento via telessaúde (contato telefônico) ajudou a resolver a ansiedade das mulheres

sobre o como se daria o processo e sobre a possibilidade de obter um aborto medicamentoso rapidamente (Boydell *et al.*, 2021). Esses resultados são semelhantes ao que foi relatado pelas participantes do nosso estudo.

No contexto brasileiro, a barreira de acesso ao aborto imposta pela necessidade de espera por atendimento presencial pode ser repensada quando se considera a possibilidade do procedimento ser feito totalmente via telessaúde. Já no cenário internacional, o aborto no formato totalmente online, tem sido alvo de estudos, com resultados favoráveis a essa prática (Boydell *et al.*, 2021; Kerestes *et al.*, 2021; Harden *et al.*, 2021).

Em uma pesquisa em que se avaliou a possibilidade de realizar o aborto medicamentoso por correio com aconselhamento por telemedicina, concluiu-se que essa modalidade era mais conveniente e acessível do que ir a uma clínica (Kerestes *et al.*, 2021). Nesse contexto, a privacidade das mulheres com o tratamento domiciliar e a diminuição dos custos com deslocamentos também foram aspectos positivos relacionados à telessaúde. Ao pensar sobre a realização dessa prática no Brasil, questões como a assinatura à distância dos documentos exigidos pela lei através da Portaria nº 1508 de 2005 e a logística do envio por correio de medicamento de controle especial devem ser avaliadas (Brasil, 2005).

2. Informações facilitadas

As participantes relataram também que receberam folhetos informativos com orientações ilustrativas e por escrito acerca de como se daria o procedimento, possíveis efeitos colaterais e recomendações como forma de orientação. Elas também mantinham contato telefônico com as médicas no momento do tratamento.

“O atendimento foi muito bom, em momento algum eu me senti desamparada. É... esse acesso fácil de fazer a pergunta para as meninas, psicólogas. É, é lógico depois que eu fiz o procedimento, mas ficar falando com elas, mas caso eu sentia dúvida eu poderia ir lá ou consultar com o manualzinho que elas me deram ou perguntar para ela, eu achei isso muito prático”
(Larissa, 29 anos).

Os recursos tecnológicos, como o aplicativo de mensagem e o compartilhamento de materiais informativos por meio do aplicativo facilitam a comunicação e o acesso à informação no contexto da telessaúde como modalidade de atendimento (Caetano *et al.*, 2020). Ter o contato telefônico e a assistência das profissionais da saúde favorece também o sentimento de segurança e amparo das participantes frente ao processo de aborto legal via

telessaúde. O contato telefônico contínuo pode ser entendido como fator que favorece a qualidade do serviço, o acesso, o cuidado (Boydell *et al.*, 2021) e a prática centrada na pessoa.

3. Privacidade e conforto

O conforto de estar em casa e sentir-se mais à vontade foi um importante aspecto relatado pelas participantes.

“É mais tranquilo porque você não precisa estar em um local é... com muita gente, você pode estar no seu canto assim, você se sente bem, se sente aconchegada. E acaba que as mensagens fica mais tranquilo, você tá tendo um acompanhamento médico, mas sem precisar estar dentro de um hospital a todo momento [...] É, a gente pode ter um acompanhamento, mas no conforto da nossa casa para não ficar preocupado também, os riscos de saúde também, eu achei bem tranquilo” (Leticia, 21 anos).

Em relação à privacidade e ao conforto, pesquisas anteriores identificaram tais aspectos como características essenciais para uma experiência de aborto positiva para a maioria das mulheres (Boydell *et al.*, 2021; Harden *et al.*, 2021). Além disso, a concepção de se sentirem menos expostas em casa do que no ambiente hospitalar também esteve presente nos relatos, o que proporcionou maior segurança em relação à saúde e também ao não julgamento, em relação aos estigmas sobre o aborto, por outras pessoas e profissionais. Compreender como a participante se sente em relação à questão de privacidade e conforto de realizar o procedimento em casa ou no hospital deve ser um importante fator a considerar na escolha pela modalidade de atendimento.

4. Importância do atendimento psicológico

Muitas participantes também relatam sobre os atendimentos terem ajudado de forma positiva a elaborar o que foi vivido, em relação à violência e à busca por ajuda.

“Infinitamente melhor assim depois que eu comecei a [...] fazer os atendimentos. Por que como eu te disse, até então, eu estava vivendo uma fase de negação. Desde o primeiro momento. Desde quando a, naquela noite eu acordei na casa de um desconhecido, eu vivia numa negação. Então, eu tenho assimilado melhor as coisas desde que eu comecei a falar com elas e tratar mesmo, né?” (Daniela, 35 anos).

A revelação da violência sexual, mediante relato da vítima junto aos profissionais qualificados, possibilita a compreensão de toda uma dinâmica de violência contra mulher e

desafios a serem combatidos. A violência sexual pode ser compreendida como uma relação de poder, em que as mulheres assumem um estado de submissão e deixam de ser sujeitas dos próprios desejos ou donas dos direitos sobre o seu corpo (Giugliani *et al.*, 2019). Ajudar a mulher a reconhecer a violência sofrida e a não culpabilizar-se abre portas para que ela consiga compreender o que tem vivenciado e ter o serviço como rede de apoio.

A importância do acompanhamento psicológico, on-line ou presencial, em decorrência do trauma vivenciado devido à violência sexual, a gravidez indesejada e a outros aspectos biopsicossociais envolvidos também é destacado neste contexto. No cenário brasileiro, de criminalização e abandono, a prática do aborto torna as vivências psicossociais das mulheres ainda mais complexas. Dessa forma, é preciso reflexão contínua e crítica acerca das relações desiguais que permeiam as questões de gênero por parte de toda sociedade (Velleda; Oliveira; Casarin, 2022).

5. Adesão à continuidade do tratamento

No contexto da pesquisa, a disponibilidade de fornecer atendimentos psicoterápicos na modalidade virtual às mulheres que realizaram aborto legal favoreceu a continuidade do cuidado a elas mesmo após a realização do procedimento. A possibilidade de continuidade do cuidado via telessaúde garante o acesso à saúde de maneira longitudinal, já que mitiga as possíveis limitações geográficas às participantes, impostas às mulheres que residem em cidades diferentes do serviço de saúde (Qaderi *et al.*, 2023).

A possibilidade de continuar a realizar as atividades cotidianas e de não precisar se deslocar de sua cidade de origem, também foi vista como um ponto positivo na escolha pelo aborto legal via telessaúde por parte das participantes.

“Olha pra mim foi bom, né? Primeiro porque... como eu não moro em [cidade do serviço] foi uma saída para eu continuar, né? Fazendo as minhas atividades aqui de [cidade de residência]. E... Então eu achei que foi, para mim foi muito bom ter essa ferramenta” (Daniela, 35 anos).

A praticidade elencada pela participante em relação ao aborto realizado em domicílio se assemelha aos resultados de outras pesquisas (Boydell *et al.*, 2021; Qaderi *et al.*, 2023; Koenig *et al.*, 2023). Uma delas traz como resultado e conclusão o apoio ao papel do aborto via telessaúde no que diz respeito à redução da distância, do tempo e dos custos das viagens, o que, por sua vez, mitiga as desigualdades incorporadas na prestação dos cuidados em aborto (Koenig *et al.*, 2023).

Desafios e dificuldades da telessaúde

1. Interação assíncrona

Já em relação às maiores dificuldades e desafios do serviço, tem-se na fala de uma das participantes a questão da comunicação assíncrona, em alguns momentos, como fator dificultador.

“É, acho que a dificuldade é essa que eu te disse da, da comunicação com as médicas pelo... pelo tempo de demora. Por que com elas eu não tenho horário marcado... Então a dificuldade é... é que a comunicação ela não é tão rápida.” “[...] porque eu acho que é um momento onde a ansiedade ela é inevitável. Então, às vezes, esperar por respostas, por algumas horas ou até às vezes por um dia é, é um pouco ruim” (Daniela, 35 anos).

As chamadas assíncronas são as interações entre profissionais de saúde e pacientes realizadas de forma não simultânea, ou off-line. Nessa modalidade, o usuário faz a solicitação e receberá a sua resposta em um formato de texto em um prazo limite predeterminado (Ministério da Saúde, 2013). Apesar de as médicas se apresentarem disponíveis durante todo o processo de acompanhamento do aborto legal, o fato de a comunicação não ocorrer de forma simultânea (síncrona) pode ser pensado como um ponto de mudança e/ou aprimoramento do serviço, visto a ansiedade vigente neste processo. Embora as demais participantes não tenham referido o formato de comunicação como aspecto dificultador, pesquisas posteriores podem investigar melhor a questão da comunicação assíncrona.

2. Desinformação dos profissionais de saúde

Temos também a falta de informação para o acesso ao serviço como um desafio na vivência das participantes. Há desinformação tanto de profissionais que atuam dentro do próprio hospital que fornece o serviço, quanto de profissionais que atuam no SUS em seus diferentes níveis de atenção.

“É, só essa parte aí foi o ponto chato, né? A falta de informação das pessoas dentro do próprio hospital” (Larissa, 29 anos).

“O pessoal do SUS não tem ideia do que é o [nome do serviço], acho que se eles soubessem, pelo menos o pessoal do SUS já ajudava muito... porque [...] eu fui buscar meu respaldo na lei. Aí quando ela [profissional da rede de saúde] falou que não ia

ser tão fácil assim eu falei: não, mas pela lei fala que é fácil assim [...] e fala que não precisa nem de boletim de ocorrência, eu falei para ela” (Beatriz, 25 anos).

A desinformação dos profissionais de saúde ocorre em grande parte devido ao despreparo desses para lidar com as questões relacionadas ao aborto, à violência sexual e doméstica e às relações de gênero. As barreiras incluem: a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de referência em relação à legislação sobre o aborto legal; o medo de possíveis implicações legais, devido à preocupação de enfrentar penalizações e serem responsabilizados por realizar abortos, mesmo quando estes estão de acordo com a lei; a forte influência de valores religiosos desses profissionais, que muitas vezes não conseguem separar a prática profissional de suas crenças pessoais (Farias; Cavalcanti, 2012).

Além dessas questões culturais, compreendemos que a formação deficiente dos profissionais pode estar relacionada ao pequeno número de serviços de aborto legal no Brasil e a consequente ausência de um cenário de prática para formação dos profissionais. Ter na formação dos profissionais, estudos que englobem campos de saberes da saúde pública e coletiva, com um foco também no método clínico da abordagem centrada na pessoa e nas mulheres poderia mitigar tais dificuldades (Dong; Gagliardi, 2023).

A abordagem centrada na pessoa visa diminuir essa limitação com um olhar para saúde de forma coletiva, trazendo à discussão aspectos culturais e expectativas do paciente, proporcionando-o maior autonomia e tornando-o participante de seu processo de cuidado (Stewart, 2014; Altshuler; Whaley, 2018).

3. Gestão do SUS

Para além dos desafios existentes em relação aos profissionais de saúde, têm-se também o desafio com relação à gestão do SUS. A fala de uma das participantes questiona e sugere que mais informações sobre o aborto legal poderiam se disponibilizadas tanto em meios digitais como nos serviços de saúde.

“[...] eu acho que assim, se tivesse maiores informações pras redes e realmente eles vissem que fosse necessário, é... eles darem a informação ou senão se a informação fosse aberta, porque se tem na internet porque não pode ter na... posts na rede pública sobre o aborto legal, [...]? [...] Porque se na internet a gente acha porque que a gente não pode na UBSF ou no online e

ter um pôster lá, mostrando para gente, “aborto legal e tudo” (Letícia, 21 anos).

Os desafios dos gestores envolvem uma maior articulação em rede dos serviços de saúde ofertados pelo SUS e a propagação de conhecimento aberto sobre os serviços de atendimento a mulher, em especial do aborto legal via telessaúde. Cabe aos hospitais de referência, assim como às secretarias estaduais e municipais de saúde, fornecer as informações e diretrizes adequadas para garantir uma assistência abrangente às mulheres vítimas de violência sexual, incluindo o reconhecimento de seu direito ao aborto legal (Ministério da Saúde, 2013).

Todavia, a negligência com a comunicação, com a informação e com a educação em saúde é uma barreira considerável para as mulheres terem conhecimento e acesso ao aborto (Artigo 19, 2019). No Brasil, as informações estão facilmente acessíveis nos sites de saúde de apenas sete estados e três capitais. Dessa forma, compreendemos que são exceções os estados e municípios que exercem a responsabilidade efetiva de tornar a informação mais acessível e disponível por meio de sites, campanhas e materiais informativos e educativos sobre a saúde da mulher (Artigo 19, 2019).

Continuidade do serviço via telessaúde pós-pandemia

1. Manutenção do serviço de saúde pós-pandemia

Em relação à possibilidade da manutenção do serviço de aborto legal em um cenário pós-pandemia, as participantes relatam que veem como uma boa opção a continuidade de oferta do serviço.

“Ah não, seria bom, seria muito bom. Até porque... seria bom para as mulheres e seria bom também porque ter que disponibilizar de um quarto, disponibilizar de... às vezes uma mulher ou outra ta precisando... Então, [...] mesmo que fosse fora da pandemia eu escolheria, é... teleatendimento” (Beatriz, 25 anos).

“Eu acho que poderia continuar da mesma forma... eles da à opção para a pessoa, se ela vai querer fazer o acompanhamento presencial ou semipresencial” (Letícia, 21 anos).

O aborto legal via telessaúde pode ser compreendido então, como uma alternativa a mais de acesso ao aborto legal pelas mulheres. Os achados desse estudo podem contribuir para uma maior consolidação e expansão dos serviços no contexto brasileiro. Dessa forma,

concordamos que a ampla finalidade e flexibilidade das tecnologias digitais, ajustada às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abre grandes oportunidades para o seu uso no caso das epidemias (Caetano *et al.*, 2020) e também para além delas.

Atualmente, o serviço de saúde em que foi realizada a pesquisa tem se estruturado de forma mais ampla. Houve uma expansão em relação ao acesso ao aborto legal para os casos de gravidez que envolve anencefalia fetal e que coloque em risco a saúde da mulher. Os procedimentos estão sendo realizados também a nível ambulatorial, assim como ainda presente o formato via telessaúde e internação hospitalar.

Fornecer às mulheres que buscam pelo aborto legal uma maior possibilidade de escolha frente aos serviços, seja ele presencial ou via telessaúde, demonstra um importante avanço em relação à universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a prática centrada na pessoa e a busca pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Nesse contexto, a telessaúde tem um potencial importante para ampliar e qualificar o acesso à saúde. Ela também pode ser entendida como um recurso tecnológico importante de facilitação da educação permanente e da promoção da qualidade de vida de população nas diferentes localidades em um país de dimensões continentais, como o Brasil (Celes *et al.*, 2018).

Já em relação aos seus desafios, alguns estudos referem sobre a necessidade de maior expansão do acesso a internet a populações desprovidas destes serviços, visto que 33,9 milhões de pessoas estão desconectadas da internet e outras 86,6 milhões não conseguem se conectar todos os dias (Lisboa *et al.*, 2023; Pwc, 2022). Além disso, tem-se a necessidade de um maior letramento em saúde eletrônica em comunidades que não têm acesso a esse conhecimento (Beheshti *et al.*, 2022). O letramento em saúde engloba o entendimento, a motivação e as habilidades individuais necessárias para adquirir, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde. Seu propósito é capacitar as pessoas a tomar decisões relacionadas ao autocuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde no dia a dia, com o objetivo de preservar ou aprimorar a qualidade de vida (WHO, 2013).

A atribuição da tecnologia em saúde tem por finalidade conceder igualdade de acesso aos serviços, independentemente da localização geográfica da pessoa. O caminho para maior igualdade digital exige financiamento do Estado, planejamento e conhecimento por parte da população dos serviços e de seu modo de uso. No contexto da pesquisa, ainda há muito a ser descoberto, explorado e colocado em prática no que diz respeito à saúde da mulher e suas possibilidades dentro da telessaúde (Beheshti *et al.*, 2022).

Considerações Finais

Os serviços de telessaúde abrem uma nova forma de comunicação entre pacientes e profissionais da saúde nos mais diferentes contextos de saúde. A telessaúde, no atendimento a mulheres em situação de violência sexual que buscam pelo aborto legal, pode ser compreendida como uma opção a mais no processo de facilitação do acesso à saúde.

A pesquisa traz como limitações a avaliação de apenas um serviço de saúde que realiza o aborto legal via telessaúde e também o fato de que a pesquisa abrange parte da população que tem acesso à internet e a dispositivos móveis, o que não representa o contexto da maioria das mulheres do país.

O aprimoramento das políticas públicas existentes, a melhor estruturação dos serviços de saúde em relação à telessaúde, o emprego da prática centrada na pessoa, além da formação de profissionais de saúde voltada para a violência de gênero, devem ser encarados como etapas significativas na melhoria da assistência às mulheres que buscam pelo aborto legal.

Fontes de Financiamento

Não há.

Conflito de Interesses

Não há.

Colaboradores

L. T. Barbosa contribuiu na elaboração da proposta de pesquisa, coleta, produção de análise, redação e revisão do texto. M. Elias contribuiu na elaboração da proposta de pesquisa e na revisão crítica do texto. H. Paro contribuiu na elaboração da proposta de pesquisa, produção de análise, redação e revisão.

REFERÊNCIAS

ABORTION CARE GUIDELINE. Geneva: World Health Organization, Human Reproduction Programme, 2022.

AGUIAR, B. H. K. A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma Revisão Narrativa. [s. l.], 2018.

ALTSHULER, A. L.; WHALEY, N. S. The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 407–413, 2018.

ALVES FERNANDES, B. C.; CERQUEIRA, C. A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO UMA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS: DO POSITIVADO AO NOTICIADO. **Gênero & Direito**, [s. l.], v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/24635>. Acesso em: 7 jan. 2024.

ARTIGO 19. Acesso à informação e aborto legal: mapeando desafios nos serviços de saúde. [s. l.], n. São Paulo, 2019.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. [s. l.], 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e actualaed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BEHESHTI, L. *et al.* Telehealth in Primary Health Care: A Scoping Review of the Literature. **Perspectives in Health Information Management**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1n, 2022.

BOYDELL, N. *et al.* Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s. l.], v. 128, n. 11, p. 1752–1761, 2021.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. set. 1990. Disponível em: Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. **LEI Nº 14.510 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS, NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saúde**. 2001.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

BRASIL, 1940. **Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal.

BRASIL, 2012. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. [S. l.]: Ms, 2010. (A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (org.). **Gestão municipal de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. e00088920, 2020.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. **A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo**. 2015. [s. l.], 2015.

CELES, R. S. *et al.* Telehealth as state response strategy: systematic review. **Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 42, p. e84, 2018.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”. [s. l.],

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2nd ed.ed. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/m9xn5>. Acesso em: 7 jan. 2024.

DONG, K.; GAGLIARDI, A. R. Person-centered care for diverse women: Narrative review of foundational research. **Women’s Health**, [s. l.], v. 19, p. 17455057231192316, 2023.

ESTRATÉGICAS, M. da S. S. de A. à S. D. de A. P. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. [S. l.]: Ms, 2010. (A. Normas e Manuais Técnicos).

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 7, p. 1755–1763, 2012.

GIUGLIANI, C. *et al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 14, n. 41, p. 1791, 2019.

GUIMARÃES, A. C. M.; RAMOS, K. S. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de violência sexual. [s. l.], 2017.

GULLIFORD, M. *et al.* What does “access to health care” mean? **Journal of Health Services Research & Policy**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 186–188, 2002.

HARDEN, J. *et al.* Women’s experiences of self-administration of misoprostol at home as part of early medical abortion: a qualitative evaluation. **BMJ sexual & reproductive health**, [s. l.], v. 47, n. 2, p. 144–149, 2021.

JACOBS, M. G.; BOING, A. C. Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. e210179pt, 2022.

KERESTES, C. *et al.* “It was close enough, but it wasn’t close enough”: A qualitative exploration of the impact of direct-to-patient telemedicine abortion on access to abortion care. **Contraception**, [s. l.], v. 104, n. 1, p. 67–72, 2021.

KOENIG, L. R. *et al.* The Role of Telehealth in Promoting Equitable Abortion Access in the United States: Spatial Analysis. **JMIR Public Health and Surveillance**, [s. l.], v. 9, p. e45671, 2023.

LIMA NOGUEIRA, D. *et al.* EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NA SAÚDE: CONCEITOS, PRESSUPOSTOS E ABORDAGENS TEÓRICAS. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 21, n. 2, 2022. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1669>. Acesso em: 8 jan. 2024.

LISBOA, K. O. *et al.* A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. e210170pt, 2023.

MACHADO, C. L. *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 345–353, 2015.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016.

MAKLEFF, S. *et al.* Exploring stigma and social norms in women’s abortion experiences and their expectations of care. **Sexual and Reproductive Health Matters**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 50–64, 2019.

MARINA GASINO JACOBS. **Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2022. - Universidade Federal de Santa Catarina, [s. l.], 2022.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 13, n. suppl 1, p. 771–780, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de telessaúde para a atenção básica/atenção primária à saúde: protocolo de solicitação de teleconsultorias**. [S. l.]: Ms, 2013.

OMS/WHO (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

PARKER, K. Abortion care in the time of COVID-19: an illustration of how to adapt medical care during a pandemic. **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 21–22, 2022.

PWC. O abismo digital no Brasil. *In*: 2022.

QADERI, K. *et al.* Abortion services during the COVID-19 pandemic: a systematic review. **Reproductive Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 61, 2023.

RONDON, G. **Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde, 2021.** Brasília, DF: Editora Letraslivres, 2021.

RUSCHEL, A. E. *et al.* Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 10, p. e00105022, 2022.

SENAPESCHI, E. M.; VIEIRA, P.; MARIANO, S. A. Aborto legal, direitos sexuais e reprodutivos na pandemia de covid-19 no Brasil. [s. l.], 2021.

STEWART, M. (org.). **Patient-centered medicine: transforming the clinical method.** Third editioned. London: Radcliffe Publishing, 2014.

STEWART M *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** [S. l.]: Artmed, 2021.

SUDHINARASET, M. *et al.* Development and validation of a person-centered abortion scale: the experiences of care in private facilities in Kenya. **BMC Women's Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 208, 2020.

UNFPA. **Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. Interim Technical Note.** [S. l.: s. n.], 2020.

VELLEDA, K. L.; OLIVEIRA, S. G.; CASARIN, S. T. O aborto provocado e seus estigmas: uma problematização foucaultiana em enfermagem. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 64, p. e226418, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. Health literacy: the solid facts. 2013. Disponível em: http://euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A - Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes (nomes fictícios)

Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes (nomes fictícios)

Nome	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Nº de Filhos	UF de residência
Mariana	27	Ensino Superior Cursando	Solteira	0	TO
Beatriz	25	Ensino Médio Completo	Divorciada	1	MG
Daniela	35	Ensino Superior Completo	Divorciada	0	MG
Larissa	29	Ensino Superior Completo	Solteira	0	SP
Nicole	21	Ensino Superior Incompleto (cursando)	Solteira	0	RJ
Letícia	21	Ensino Médio Cursando	Solteira	0	MG

UF: Unidade Federativa

APÊNDICE B – Tabela 2. Resultados

Tabela 2. Resultados

Categoria	Subcategoria	Exemplos
<p>Perspectivas em relação ao atendimento via telessaúde</p>	<p>Conhecimento sobre serviço de aborto legal via telessaúde</p>	<p>“É, por pesquisa minha, porque eu não tive ajuda pelo SUS [...], eu procurei saber e o pessoal falou que não sabia informar sobre”, “Aí eu mesmo pesquisei sobre o que, que tinha acontecido comigo, fui pesquisando, pesquisando, até encontrar” (Letícia, 21 anos).</p> <p>“Eu... tinha ficado sabendo no hospital de [nome da cidade] e aí eu pesquisei, aí... aí eu pesquisei no Google, achei uma reportagem e achei o instagram. Ai entrei em contato com vocês...” (Larissa, 29 anos).</p> <p>“Acho que foi pela internet.” (Nicole, 21 anos).</p> <p>“[É, foi... pela in...internet. Eu assim, eu nem me lembro, eu lembro que era um blog, mas eu não me lembro o nome do blog. Por que logo eu cliquei no link do, sabe do projeto e entrei, mas foi pela internet.]...[Foi pesquisa minha.] (Daniela, 35 anos).</p>
	<p>Expectativa sobre serviço de aborto legal via telessaúde</p>	<p>“Um pouco de... receio assim, não sei se pelo desespero já por toda a situação. Mas um receio assim de demorar, de não dar certo” (Mariana, 27 anos).</p> <p>“Ah, eu achei que seria um pouco mais complicado, né? Porque, é... como a pessoa não acompanhava presencial talvez poderia... que eu não soubesse alguma coisa, ou alguma coisa desse errado e eu não saberia como explicar. Mas para mim até que foi tranquilo” (Letícia, 21 anos).</p> <p>“... ela foi acolhedora, é tipo, não teve julgamento, ela me explicou as informações sobre a medicação ou como que era feito o procedimento, tudo. Qual era a forma de fazer o procedimento. E o psicológico ta me ajudado bastante, porque... além de um trauma é...bem chato, né? De se lidar, tem outras coisas em questão também. Então, ta me ajudando bastante essas terapias que está tendo” (Letícia, 21 anos).</p> <p>“É... eu imaginava algo mais impessoal. E... na verdade... a [nome da médica], ela foi muito... ela tornou tudo muito tranquilo para mim” (Daniela, 35 anos).</p>

<p>Potencialidades e facilidades do serviço via telessaúde</p>	<p>Facilidade do acesso</p>	<p>“Olha, a facilidade é que eu estou tendo acesso, né? A esse tratamento em específico. É... coisa que eu não teria aqui na minha cidade, então foi ter acesso mesmo a isso. Eu, eu nem sabia que eu podia ter, que é... que eu poderia passar por isso. Então a telemedicina dessa forma me... para mim foi muito bom! Ter acesso à medicação, poder fazer na minha casa, com acompanhamento dela e acesso a, a esse tipo de atendimento, né? Que é um aborto legal. É... para mim foi, foi incrível, assim, saber que isso pode acontecer!” (Daniela, 35 anos).</p> <p>“É, a pandemia ela foi ruim, mas ela foi boa para muita coisa. Assim, eu acho que essa questão de teleconsulta foi uma das vantagens, sabe? É muito mais prático, elas me passam os exames de sangue pelo celular eu vou lá e faço, passo depois tal resultado, se tiver algum problema ai sim, eu... é assim, poupa a gente de vim, de gastos né? De deslocamento. Então, para mim foi uma das melhores coisas, a teleconsulta.” “Eu acho que é super fundamental...” (Larissa, 29 anos).</p> <p>“Ah, porque era mais rápido. Seria mais rápido. Eu não ia precisar esperar quarto, não ia esperar ser internada. Então para mim foi melhor fazer em casa por causa disso, porque seria mais rápido e conforto também na minha casa” (Beatriz, 25 anos).</p>
	<p>Informações facilitadas</p>	<p>“O atendimento foi muito bom, em momento algum eu me senti desamparada. É... esse acesso fácil de fazer a pergunta para as meninas, psicólogas. É, é lógico depois que eu fiz o procedimento, mas ficar falando com elas, mas caso eu sentia dúvida eu poderia ir lá ou consultar com o manualzinho que elas me deram ou perguntar para ela, eu achei isso muito prático” (Larissa, 29 anos).</p> <p>“Ela a [nome da médica] me deu o telefone pessoal, falou para eu ligar em qualquer situação, me ligou, quis saber o tempo todo. Não tenho o que dizer nada dessa parte” (Mariana, 27 anos).</p> <p>“Porque, foi tipo assim, nossa todo momento eu me senti apoiada, sabe que assim qualquer coisa que acontecesse eu podia ir no SUS, eu podia sabe ligar para ela, mandar mensagem se eu desse alguma coisa grave. Então tipo assim, ela me falando o que ia acontecer, ela me falou, me... sabe? Nossa, foi muito</p>

		bom” (Beatriz, 25 anos).
	Privacidade e conforto	<p>“É mais tranquilo porque você não precisa estar em um local é... com muita gente, você pode estar no seu canto assim, você se sente bem, se sente aconchegada. E acaba que as mensagens fica mais tranquilo, você tá tendo um acompanhamento médico, mas sem precisar estar dentro de um hospital a todo momento [...] É, a gente pode ter um acompanhamento, mas no conforto da nossa casa para não ficar preocupado também, os riscos de saúde também, eu achei bem tranquilo” (Letícia, 21 anos).</p> <p>“Então, tipo assim, às vezes até melhor porque, às vezes a gente se sente mais confortável, a gente liga e desliga a luz a hora que a gente quer, porque isso é muito importante também sabe? A gente ter o conforto de poder ligar a luz, porque hospital fica de luz acesa, fica de luz apagada, sempre tem pessoas do lado, então ali no caso você tá sozinha, você pode gritar, se você quiser, chorar e ali com outras pessoas do lado ali você já tem que, toda pressão que você tá sentindo e ainda a pressão psicológica” (Beatriz, 25 anos).</p>
	Importância do atendimento psicológico	<p>“Infinitamente melhor assim depois que eu comecei a [...] fazer os atendimentos. Por que como eu te disse, até então, eu estava vivendo uma fase de negação. Desde o primeiro momento. Desde quando a, naquela noite eu acordei na casa de um desconhecido, eu vivia numa negação. Então, eu tenho assimilado melhor as coisas desde que eu comecei a falar com elas e tratar mesmo, né?” (Daniela, 35 anos).</p> <p>“ela foi muito, ela foi muito... receptiva comigo também, ela me entendeu, conversou comigo, eu tava apavorada depois que eu parei de conversar com ela me senti até um pouco mais calma. Foi 100% também. Gostei muito” (Beatriz, 25 anos).</p>
	Adesão a continuidade do tratamento	<p>“Olha pra mim foi bom, né? Primeiro porque... como eu não moro em [cidade do serviço] foi uma saída para eu continuar, né? Fazendo as minhas atividades aqui de [cidade de residência]. E... Então eu achei que foi, para mim foi muito bom ter essa ferramenta” (Daniela, 35 anos).</p> <p>“Ah, eu achei interessante. Eu achei também, bem melhor, porque no caso de uma pessoa que não tem condições de ficar se locomovendo pra ir e vim a todo momento para cá, é mais fácil. Igual, se fosse para mim</p>

		<p>ter que fazer o deslocamento toda sexta-feira para eu fazer o acompanhamento psicológico ou o acompanhamento com a ginecologista, eu não conseguiria vir. Justamente porque é bastante dinheiro, para gastar de ônibus, também tem a alimentação também, então seria bem mais complicado, se não fosse dessa forma seria mais difícil” (Leticia, 21 anos).</p>
Desafios e dificuldades da telessaúde	Interação assíncrona	<p>“É, acho que a dificuldade é essa que eu te disse da, da comunicação com as médicas pelo... pelo tempo de demora. Por que com elas eu não tenho horário marcado... Então a dificuldade é... é que a comunicação ela não é tão rápida.”, “[...] porque eu acho que é um momento onde a ansiedade ela é inevitável. Então, às vezes, esperar por respostas, por algumas horas ou até às vezes por um dia é, é um pouco ruim” (Daniela, 35 anos).</p>
	Desinformação dos profissionais de saúde	<p>“O processo para chegar, a falta de informação, isso acaba fazendo a gente se expor para explicar a situação e chegar a onde a gente tem que chegar. Chato assim” (Mariana, 27 anos).</p> <p>“É, só essa parte ai foi o ponto chato, né? A falta de informação das pessoas dentro do próprio hospital” (Larissa, 29 anos).</p> <p>“O pessoal do SUS não tem ideia do que é o [nome do serviço], acho que se eles soubessem, pelo menos o pessoal do SUS já ajudava muito... porque [...] eu fui buscar meu respaldo na lei. Ai quando ela [profissional da rede de saúde] falou que não ia ser tão fácil assim eu falei: não, mas pela lei fala que é fácil assim [...] e fala que não precisa nem de boletim de ocorrência, eu falei para ela” (Beatriz, 25 anos).</p>
	Gestão do SUS	<p>“[...] eu acho que assim, se tivesse maiores informações pras redes e realmente eles vissem que fosse necessário, é... eles darem a informação ou senão se a informação fosse aberta, porque se tem na internet porque não pode ter na... posts na rede pública sobre o aborto legal, [...]”? [...] Porque se na internet a gente acha porque que a gente não pode na UBSF ou no online e ter um pôster lá, mostrando para gente, “aborto legal e tudo” (Leticia, 21 anos).</p> <p>“Muitas pessoas que eu perguntava no caminho não sabia, talvez nem do que eu tava falando, não sabia aonde é, é muito grande né. Não sabia direcionar, a direção, para onde ir, mas acho que é uma questão mais</p>

		<p>administrativa da parte do hospital do que necessariamente do [nome do serviço]" (Mariana, 27 anos).</p> <p>"Até uma coisa que eu peço se puder melhorar, é informação da onde que fica, até hoje eu não sei onde fica, a portaria de vocês" (Larissa, 29 anos).</p>
Continuidade do serviço via telessaúde pós-pandemia	Manutenção do serviço de saúde pós-pandemia	<p>"Ah não, seria bom, seria muito bom. Até porque... seria bom para as mulheres e seria bom também porque ter que disponibilizar de um quarto, disponibilizar de... às vezes uma mulher ou outra ta precisando... Então, [...] mesmo que fosse fora da pandemia eu escolheria, é... teleatendimento" (Beatriz, 25 anos).</p> <p>"Ah eu acho que é ótimo... eu acho que funciona muito bem, que não tem necessidade de ser presencial, desde que a pessoa esteja perto, né? De um serviço de atendimento, perto de um hospital, é viável" (Nicole, 21 anos).</p> <p>"Eu acho que poderia continuar da mesma forma... elas da à opção para a pessoa, se ela vai querer fazer o acompanhamento presencial ou semipresencial" (Letícia, 21 anos).</p>

Continuação tabela 2.

APÊNDICE C – Roteiro Entrevista

Parte 1 - Informações pessoais básicas.

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Nº de filhos:

Nacionalidade/Estado:

Parte 2 – Perspectivas em relação ao atendimento via telessaúde

- 1) Como você chegou ao NUAVIDAS?
- 2) Já havia realizado anteriormente algum atendimento em telessaúde?
- 3) Como você imaginou que seria o atendimento via telessaúde?
- 4) Como foi para você os atendimentos via telessaúde? Qual forma se sentia mais à vontade em realizar (vídeo chamada, áudio chamada, mensagens)? Por quê?
- 5) Como foi para você a realização do aborto a distância (via telessaúde)?
- 6) Como você avalia o atendimento (médico, psicológico, assistente social) via telessaúde que recebeu do NUAVIDAS?
- 7) O que achou do atendimento psicológico recebido?
- 8) O que achou do atendimento médico recebido?
- 9) O que achou do atendimento da enfermagem recebido?
- 10) O que achou do atendimento do serviço social recebido?
- 11) Quais as suas impressões sobre os profissionais da saúde que a atenderam por telessaúde? (em algum momento se sentiu desassistida?).
- 12) Quais foram as maiores dificuldades encontradas no atendimento por telessaúde?
- 13) Quais foram as maiores facilidades/vantagens encontradas no atendimento por telessaúde?
- 14) Como você avalia a plataforma (WhatsApp/Google Meet/outra) utilizada? Já havia familiaridade com esta?
- 15) Qual dispositivo móvel utilizado (notebook/telefone/celular/tablet)? Seu uso é de acesso pessoal?

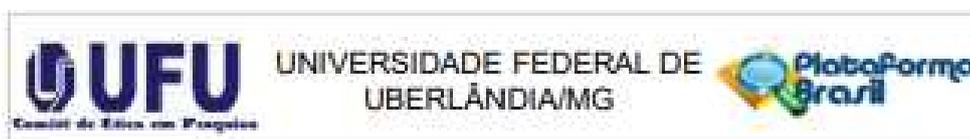
- 16) Como você se sentiu em relação ao ambiente no qual realizou o atendimento? Qual o ambiente você realizou os atendimentos? Como avalia a privacidade em relação aos atendimentos?
- 17) Como você se sentiu em relação a exposição aos atendimentos?
- 18) Como se preparou para o atendimento via telessaúde?
- 19) Quais recursos técnicos você considera importantes para o atendimento virtual?
- 20) Levando em consideração a possibilidade de realizar o procedimento no hospital ou em casa, quais aspectos foram levados em consideração para optar pelo aborto via telessaúde?
- 21) Há algo que gostaria que fosse diferente em relação aos atendimentos via telessaúde? (sentiu falta de alguma coisa).
- 22) Como você avalia a possibilidade de realizar o aborto via telessaúde, que foi aberta devido a pandemia de covid-19?
- 23) Como você analisa a possibilidade da realização de abortos legais via telessaúde a mulheres vítimas de violência sexual em um cenário pós-pandemia?
- 24) Como você avalia a satisfação com o atendimento? Há algo mais que gostaria de acrescentar sobre essa experiência?
Como você avalia o atendimento na modalidade online que você realizou no NUAVIDAS?

Parte 4 – Encerramento da entrevista

- 1) Há mais alguma questão que considera importante ser falada?
- 2) Escolha um nome para que eu possa me referir a você na pesquisa.

ANEXOS

Anexo I - Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Eficácia, segurança e custos do aborto previsto em lei por teleconsulta no Brasil: uma coorte retrospectiva

Pesquisador: Helena Borges Martins da Silva Pato

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 5205452.1.0.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.765.302

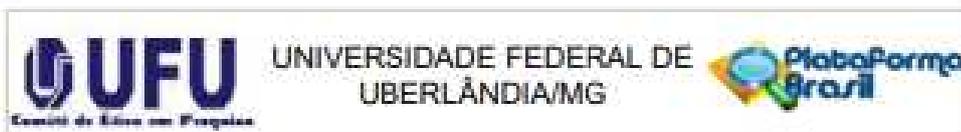
Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 2021232_E2 e Projeto Detalhado (Aborto_previsto_lei_teleconsulta_CEP_v4_1.docx.docx), postados em 30/09/2022 e 29/09/2022 com justificativa de emenda em 23/09/2022.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo de métodos mistos, com coorte retrospectiva de prontuários de pessoas em protocolo de aborto previsto em lei com idade gestacional menor ou igual a 63 dias (9 semanas) e pesquisa qualitativa com entrevista de meninas e mulheres em protocolo de tratamento em regime domiciliar/por teleconsulta. Para a composição da coorte, serão analisados todos os prontuários de pessoas em protocolo de aborto previsto em lei com idade gestacional menor ou igual a 63 dias (9 semanas), iniciados há mais de oito semanas, nos serviços participantes do estudo no período de Janeiro de 2019 a Dezembro de 2024. Para a pesquisa de satisfação, serão selecionadas meninas e mulheres que optaram pelo tratamento domiciliar para uma entrevista por telefone após oito a 12 semanas do término do tratamento. Estatísticas descritivas serão utilizadas para a caracterização dos indicadores (frequência, porcentagem, média e desvio-padrão). A comparação dos indicadores de segurança, eficácia e custo será realizada por

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 234 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cep@prop.ufu.br



Contribuição do Pesquisador: R\$ 760.000

meio do teste t ou teste do Qui-quadrado ajustado. Os dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas serão tratados por meio da análise de conteúdo. Os prontuários serão analisados após assinatura do termo de consentimento das participantes do estudo, exceto para a parcela retrospectiva da amostra (dados de janeiro de 2019 a dezembro de 2021).

METODOLOGIA

Estudo de métodos mistos, com coorte retrospectiva de prontuários de pessoas em protocolo de aborto previsto em lei com idade gestacional menor ou igual a 63 dias (9 semanas) e pesquisa qualitativa com entrevista de meninas e mulheres em protocolo de tratamento em regime domiciliar/por teleconsulta.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO – Serão incluídos todos os prontuários de pessoas em protocolo de aborto previsto em lei com idade gestacional menor ou igual a 63 dias (9 semanas), iniciado há mais de oito semanas, nos serviços participantes do estudo, no período de Janeiro de 2019 a Dezembro de 2024.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO – Serão excluídos os prontuários sem informações relacionadas à modalidade de tratamento (hospitalar ou domiciliar, medicamentoso ou cirúrgico) e os prontuários de participantes que invocarem seu consentimento para participar da pesquisa.

CRONOGRAMA

Encaminhamento e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - 03/09/2021 a 30/12/2021

Levantamento bibliográfico - 03/09/2021 a 30/06/2025

Coleta de dados de prontuários - 01/01/2022 a 30/04/2025

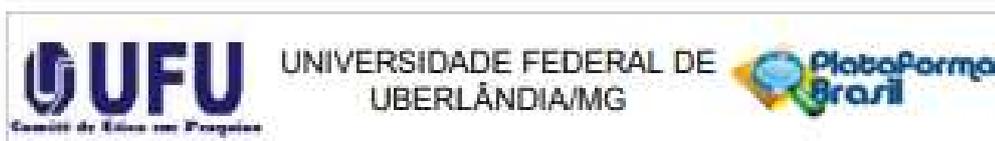
Entrevistas para pesquisa satisfação - 01/08/2022 a 30/07/2024

Análise dados - 01/05/2025 a 31/08/2025

Redação para publicação - 01/09/2025 a 31/12/2025

ORÇAMENTO – R\$ 6.720,00.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus São Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.400-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3236-4131 **Fax:** (34)3236-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Formulário 186/2012

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - Avaliar a eficácia, o perfil de segurança, os custos e a satisfação das mulheres relacionados ao uso domiciliar do misoprostol para a indução do aborto previsto em lei por teleconsulta.

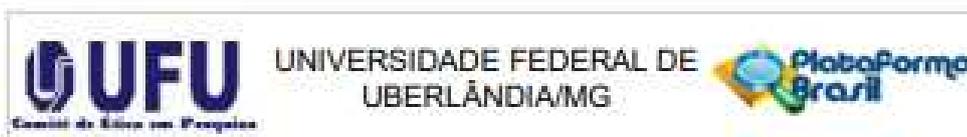
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS - Comparar a eficácia, o perfil de segurança e os custos entre o regime domiciliar e hospitalar para o aborto previsto em lei. - Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas em protocolo de aborto previsto em lei em regime domiciliar e hospitalar durante o período do estudo. - Comparar o tempo de acesso ao tratamento entre os regimes domiciliar e hospitalar para o aborto previsto em lei. - Identificar os possíveis eventos adversos graves relacionados ao uso do misoprostol nos regimes domiciliares e hospitalares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - Não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro para os participantes da pesquisa. O risco biológico não difere do risco habitual relacionado ao tratamento hospitalar do aborto medicamentoso. Ou seja, são efeitos colaterais comuns do misoprostol: dor abdominal, náuseas, vômitos, febre, calafrios e cefaléia. O sangramento vaginal persistente (por mais de duas semanas) é incomum e pode ocorrer em uma a cada 300 mulheres aproximadamente. A participante que optar pelo tratamento medicamentoso será orientada a manejar os efeitos colaterais, além de receber o contato telefônico da equipe/serviço de saúde, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana, para orientações de possíveis necessidades de comparecimento ao hospital. A participante também terá acesso ao serviço de emergência do hospital, independentemente de encaminhamentos prévios. Existe, ainda, um risco mínimo de identificação dos prontuários. No entanto, os pesquisadores comprometem-se em manter o anonimato dos prontuários na divulgação dos resultados da pesquisa por meio da divulgação do conjunto de dados e nunca de maneira individual.

BENEFÍCIOS - O estudo do perfil de segurança do uso teleorientado e telemonitorado de misoprostol para indução do aborto previsto em lei poderá subsidiar recomendações para seu uso em países sem registro de mifepristone, como o Brasil. O uso da teleconsulta para o aborto previsto em lei ainda tem o potencial de promover maior equidade no acesso a esse direito fundamental, já que pode diminuir a barreira geográfica imposta pela insuficiência do número de serviços, reduzir custos relacionados ao tratamento em regime de internação e a diminuir a necessidade de leitões.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco 1A, sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** exp@propp.ufu.br



Continuação do Protocolo: 5.768.003

hospitais:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da versão 4 do projeto de pesquisa segunda emenda, a qual teve como justificativa as seguintes necessidades:

- 1) pela necessidade de inclusão de instituições co-participantes;
- 2) pelas pendências emitidas pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (CAAE: 52054521.9.3003.5440) e do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva - Vila Nova Cachoeirinha (CAAE: 52054521.9.3004.5454).

Houve inclusão das seguintes instituições co-participantes:

- Hospital da Mulher de Recife, Recife/PE (pesquisadoras responsáveis: Isabela Coutinho e Eduarda Pentual Santos);
- Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), Salvador/BA (pesquisadores responsáveis: Arlindo Pacheco Santos Neto e Omar Ismail Darze);
- Instituto Cândida Vargas, João Pessoa/PB (pesquisadora responsável: Bruna Nascimento).

Os termos de compromisso foram assinados individualmente pelos novos integrantes da equipe de pesquisa pela necessidade de inclusão mais rápida das instituições junto ao CEP de maneira a não prejudicar o cronograma de coleta de dados da pesquisa. A pesquisadora responsável assinou (por meio de certificado digital ICP-Brasil) os termos juntamente com os novos integrantes da pesquisa. A inclusão das novas instituições co-participantes é importante para a conclusão da pesquisa com o número adequado de participantes da pesquisa.

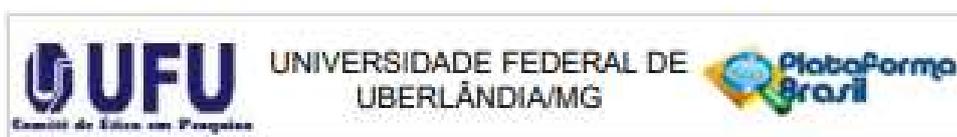
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Vide campo de Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: ccep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer 0.180.202

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos da emenda.

O CEP/UFU está ciente da emenda enviada para apreciação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMACOES_BASICAS_202123_2_E2.pdf	30/09/2022 10:08:28		Aceito
Outros	Equipe_tecnica_pesquisa.docx	29/09/2022 17:12:56	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_3_TCLE_maior_18_anos_v4_1.docx	29/09/2022 17:11:32	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Aborto_previsao_na_teleconsulta_CEP_v4_1.docx.docx	29/09/2022 17:10:59	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
Outros	Justificativa_emenda_2_aborto_teleconsulta_2022.docx	23/09/2022 07:29:00	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_D_2_Termo_ASSENTIMENTO_MENOR_12a18_anos_v4.docx	23/09/2022 07:22:38	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_D_1_Termo_ASSENTIMENTO_MENOR_12a18_anos_v4.docx	23/09/2022 07:22:28	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_C_2_TCLE_menor_18_anos_v4.docx	23/09/2022 07:21:59	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_C_1_TCLE_menor_18_anos_v4.docx	23/09/2022 07:21:50	Helena Borges Martins da Silva Faro	Aceito
TCLE / Termos de	Anexo_B_2_TCLE_menor_12_anos_v4	23/09/2022	Helena Borges	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@ceppp.ufu.br



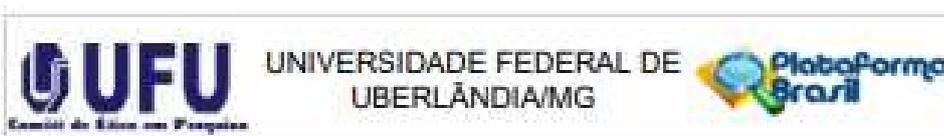
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Contribuição do Pesquisador: 0,766,000

Assentimento / Justificativa de Ausência	.docx	07:21:41	Martins da Silva Para	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_B_1_TCLE_menor_12_anos_v4.docx	23/09/2022 07:21:31	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_1_TCLE_maior_18_anos_v4.docx	23/09/2022 07:21:09	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Bruna.pdf	22/09/2022 21:14:35	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_2_TCUD.pdf	22/09/2022 18:22:44	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Cachoeirinha.pdf	22/09/2022 12:49:27	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Arindo_Omar_IPERBA.pdf	21/09/2022 16:06:38	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Eduarda_Isabela.pdf	21/09/2022 16:05:31	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_IPERBA.pdf	21/09/2022 16:05:03	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_HMulher_Recife.pdf	21/09/2022 09:00:30	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_Candida_Vargas.pdf	21/09/2022 09:00:12	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Cristiao.pdf	12/08/2022 10:23:35	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Silvana.pdf	09/08/2022 12:07:09	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_USPRPassinado.pdf	09/08/2022 12:06:46	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_Cachoeirinha.pdf	09/08/2022 12:06:23	Helena Borges Martins da Silva Para	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@cep.ufu.br



Catálogo do Parecer: 5.183.383

Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Equipe_Executiva_2_assinado.pdf	23/09/2021 16:28:11	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Outros	Anexo_Pesquisa_de_pontuarios.docx	21/09/2021 17:49:23	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Outros	Anexo_E_pesquisa_satisfacao.docx	21/09/2021 17:34:09	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HC_UFU.pdf	15/09/2021 12:29:53	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada_final.pdf	15/09/2021 12:22:38	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_Heleneida_Souza_assinado.pdf	04/09/2021 12:35:55	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante_Percila_Byington_assinado.pdf	04/09/2021 12:35:24	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 19 de Novembro de 2022

Assinado por:
ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 234 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.400-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cap@pmpg.ufu.br