

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

ANNA BEATRIZ M. BOURGUIGNON

JESSICA SILVA CASTRO

A DIFICULDADE DE ACESSO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL

Duque de Caxias
2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

ANNA BEATRIZ M. BOURGUIGNON

JESSICA SILVA CASTRO

**A DIFICULDADE DE ACESSO AO ABORTO LEGAL
NO BRASIL**

Monografia apresentada à disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso II como um
dos requisitos para a conclusão do Curso de
Medicina.

Orientadora: Professora Adriana Colombo

Duque de Caxias
2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO - NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

B773d Bourguignon, Anna Beatriz Monteiro.

A dificuldade de acesso ao aborto legal no Brasil. / Jéssica Silva Castro. –
Duque de Caxias, 2021.
37f. il ;30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do Grande
Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2021.
“Orientadora: Profª”. Adriana Colombo.
Referências: f. 30.

1. Medicina. 2. Aborto. 3. Aborto legal - Brasil. 4. Direito reprodutivo. I. Castro, Jéssica Silva. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy. III. Título.

CDD - 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA

ANNA BEATRIZ M. BOURGUIGNON

JESSICA SILVA CASTRO

A DIFICULDADE DE ACESSO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL

Aprovado pela banca:

Prof.: _____

Prof.: _____

Em _____ de _____ 2021.

Duque de Caxias
2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, os maiores propulsores das nossas vidas. Que sempre nos apoiaram e nos incentivaram da melhor maneira possível para chegarmos até aqui.

AGRADECIMENTOS

Aos nossos adorados pais por nunca terem medido esforços em investir na nossa formação educacional e por terem sempre acreditado que a herança mais valiosa poderia ser transmitida não era a de bens materiais, mas a de uma educação sólida. Agradecemos aos nossos genitores por sempre terem sido e, por ainda serem, um porto seguro, no qual podemos ancorar nossas bases e nos abrigar de mares bravios. Esperamos poder, um dia, retribuir todos os investimentos, morais e financeiros, que a nós foram confiados. Igualmente esperamos que a elaboração desta monografia represente os primeiros frutos desses investimentos.

À nossa orientadora, Adriana Colombo, pelas críticas, por não ter se esquivado de assumir a nossa orientação – a despeito do tema melindroso – e por ter nos orientado tão sabiamente, com tamanha atenção e dedicação.

EPÍGRAFE

"Pode uma mulher esquecer-se daquele que amamenta? Não ter ternura pelo fruto de suas entranhas? E mesmo que ela o esquecesse, eu não te esqueceria nunca. Eis que nas palmas das minhas mãos eu te gravei; os teus muros estão continuamente diante de mim."

(Isaías 49, 15-16)

RESUMO

Introdução: Conforme estabelece o artigo 128 do Código Penal brasileiro, não se pune o aborto praticado por médico/a se não há outro meio de salvar a vida da gestante, se a gravidez é resultante de estupro, ou se é aborto de fetos acometidos por problemas incompatíveis com a vida. Sendo uma obrigação de o Estado brasileiro garantir a interrupção das gestações nesses casos, as mulheres têm direito à integral assistência médica de maneira ética, segura e humanizada, assegurando a plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. **Objetivos:** identificar os obstáculos envolvidos com a dificuldade de acesso ao Aborto Legal no Brasil. **Métodos:** foi realizada uma busca sistemática de artigos publicados entre janeiro de 2000 até dezembro de 2020 nas bases de dados da LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), literatura internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e PUBMED. Também foram realizadas consultas em sites de órgãos oficiais internacionais e nacionais, tais como: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS). **Conclusão:** o aborto legal necessita da diligência do Estado para a ampliação e consolidação dos serviços, a capacitação da equipe profissional e a avaliação continuada, para que se possa garantir a efetividade da lei, e que a mulher não seja alvo de punição ou discriminação por tomarem suas próprias decisões baseadas em suas escolhas, garantindo seu direito reprodutivo.

PALAVRAS-CHAVE: “aborto”; “aborto legal”; “acesso ao aborto legal”; “direito reprodutivo”

ABSTRACT

Background: As established in article 128 of the Brazilian Penal Code, abortion by a doctor is not punished if there is no other way to save the pregnant woman's life, if the pregnancy is the result of rape, or if it is an abortion of fetuses affected by a disease incompatible with life. Since it is an obligation of the Brazilian State to guarantee the interruption of pregnancies in these cases, women have their rights to full medical care in an ethical, safe and humanized manner, ensuring the full guarantee of their sexual and reproductive health. **Objective:** identify the obstacles involved with the difficulty of accessing Legal Abortion in Brazil. **Method:** a systematic search of articles published between January 2000 and December 2020 was carried out in the databases of LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), international literature in Health Sciences (MEDLINE) and PUBMED. Consultations were also carried out on the websites of official international and national bodies, such as: Pan American Health Organization (PAHO); World Health Organization (WHO) and Ministry of Health (MS). **Conclusions:** legal abortion needs the diligence of the State for the expansion and consolidation of services, the training of the professional team and the continuous evaluation, in order to guarantee the effectiveness of the law and that the woman do not be punished or discriminated against for making your own decisions based on your choices, ensuring your reproductive right.

KEYWORDS: “abortion”; “Legal abortion”; “Access to legal abortion”; “reproductive right”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. OBJETIVO GERAL.....	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. METODOLOGIA.....	16
5. DISCUSSÃO.....	17
5.1. O ABORTO E SEUS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SOCIAIS E ÉTICOS RELACIONADOS À MULHER BRASILEIRA.....	18
5.2. ABORTO E AS FALHAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRA.....	20
5.3. ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE O ABORTO LEGAL E O DEVER ÉTICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL.....	25
6. CONCLUSÃO.....	29
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o aborto é considerado legal em casos de estupro, risco de morte materna e anencefalia fetal. Os dois primeiros citados anteriormente estão previstos no artigo 128, I e II, do Código Penal. O aborto do feto anencéfalo não está previsto no código penal, porém no julgamento de número 54 da Arguição de Descumprimento do Preceito Fundamental (ADPF 54/DF) no Supremo Tribunal Federal, no ano de 2012, prevaleceu o entendimento de que esse caso também não constitui crime:

“Os tempos atuais, realço, requerem empatia, aceitação, humanidade e solidariedade para com as mulheres. Pelo que ouvimos ou lemos nos depoimentos prestados na audiência pública, somente aquela que vive tamanha situação de angústia é capaz de mensurar o sofrimento a que se submete. Atuar com sapiência e justiça, calçados na Constituição da República e desprovidos de qualquer dogma ou paradigma moral e religioso, obriga-nos a garantir, sim, o direito da mulher de manifestar-se livremente, sem o temor de tornar-se ré em eventual ação por crime de aborto” (ADPF 54/DF, 2012)

O aborto em casos de risco de morte materna é o único que não exige o consentimento da gestante, pois sua saúde corre risco, bem como pode estar inconsciente no momento do procedimento. Nessas situações, a decisão de realizar o aborto para salvar a vida da gestante cabe única e exclusivamente ao médico responsável.

Já nos demais casos (aborto do feto anencéfalo e estupro), é indispensável que a vítima ou seu representante legal concorde com a prática. Segundo a Portaria Nº 1.508, de 1º de Setembro de 2005, isso é feito através do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos permitidos por lei, esse procedimento possui quatro fases que são registradas no formato de Termos, arquivados em anexos ao prontuário médico, com garantia da confidencialidade desses termos, sob pena de o médico responder criminalmente caso não o faça.

Importante ressaltar que no artigo 128, do Código Penal, consta que não é punível o “aborto praticado por médico” nos casos previstos em lei, portanto, para que não seja considerado crime, o procedimento deve ser realizado apenas por médico habilitado.

De acordo com a Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento de 2011 é dever do Estado que sejam mantidos profissionais que realizem o abortamento em hospitais públicos, sob pena de responsabilização pessoal e/ou institucional, caso a mulher sofra prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência de omissão.

Nesse contexto, é importante dar destaque à objeção de consciência¹. Por mais que seja um direito garantido ao médico, de acordo com o Código de Ética Médica, Resolução Conselho Nacional de Medicina, nº 1931. De 17 de Setembro de 2009, é vedado “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”. Portanto, não cabe a recusa em casos de risco à vida da gestante, em qualquer situação na qual o abortamento é permitido juridicamente, na ausência de outro médico, bem como situações nas quais a mulher puder sofrer danos ou agravos à sua saúde em razão de omissão médica.

¹ Objeção de Consciência é um conceito defendido no Código de Ética da Medicina, que concede o direito de todo profissional do setor ter autonomia suficiente para se ausentar de procedimentos que firam suas ideologias, desde que a saúde do paciente não seja negligenciada.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o Ministério da Saúde, o aborto tem por conceito a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, tendo o feto peso de, pelo menos, 500 gramas, sendo este eliminado no processo de abortamento. As causas de abortamento são várias, porém, a maioria dos casos permanece indeterminada e incontáveis gestações são interrompidas por escolha da mulher (BRASIL, 2010).

A faixa etária de predominância do aborto no Brasil compreende dos 20 aos 29 anos, mulheres em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, com pelo menos 1 filho e usuárias de métodos contraceptivos. É estimado que 1.054.242 abortos foram induzidos no ano de 2005. A fonte de dados para esse cálculo foram as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do SUS. As regiões Nordeste e no Sudeste do País concentraram a maioria dos casos, com taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2009).

De acordo o Ministério da Saúde, Brasil (2010), o aborto acontece em aproximadamente de 10% das gestações no país. Sendo, a maioria, provocada de diversos modos. O abortamento no Brasil é consequência também de falhas no planejamento reprodutivo, incluindo falta de informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis, dificuldades de acesso a esses métodos, uso impróprio e/ou escassez de assistência dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Segundo o estudo de Diniz e Medeiros (2010) denominado “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna” demonstra os primeiros resultados da Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA), esse estudo foi efetuado em residências de diversas cidades do território nacional. Os indícios mostraram que aproximadamente 60% das mulheres fizeram seu último, ou único aborto, no meio do período reprodutivo (entre 18 e 29 anos). (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

De acordo com Anjos *et al* .(2013), compreender o aborto como uma questão de saúde pública significa considerá-lo um componente dos cuidados em saúde e não como uma prática

imoral de mulheres vistas como imprudentes. É interessante que esse rearranjo político não englobe somente as mulheres que possuem o desejo de abortar, mas também as brasileiras como um todo. Neste contexto, incluir o aborto como uma questão de saúde pública em um Estado laico denota outro rumo de discussões (DINIZ, 2007).

O aborto é encarado como um assunto importante de saúde pública e, por isso, precisa ser incluído no panorama dos direitos reprodutivos e sexuais. Punir com a prisão, as mulheres que realizaram abortamento, como determina o Código Penal, de 1940, é insensato, já que não é obrigatório por lei formar uma prole, isso advém de um planejamento e desejo afetivo e é de incumbência tanto de indivíduos do sexo masculino quanto do feminino. “Criminalizar o aborto significa penalizar as mulheres, principalmente, as de classes sociais menos favorecidas, que são as que necessitam solucionar sua gestação indesejada, muitas vezes, de maneira insegura” (GOLLOP, 2009).

Segundo Klasing (2012), em 2012, com a decisão do Supremo Tribunal Federal, grávidas com fetos portadores de anencefalia adquiriram o direito de abortar legalmente, o que até então só poderia ser feito através de autorização da justiça. Neste caso, como não ocorre o desenvolvimento cerebral, entende-se que esse procedimento não é ilegal, e, dessa maneira, é garantido que mulheres possam descontinuar a gestação.

Freire (2012) afirma que independentemente dos fatores sociais envolvidos as mulheres compartilham das consequências do aborto ilegal, como psíquicas e sociais, além de sonegar um direito à saúde. “As mulheres que recorrem ao aborto inseguro ou clandestino ficam expostas ao risco dos agravos a sua saúde e até a morte, além do sofrimento moral de um processo judicial que pode levar à condenação” (FREIRE, 2012). Neste sentido, tornar o aborto legal e seguro consequentemente diminuiria a mortalidade e possibilitaria que mulheres não prejudicassem sua saúde por causa da prática irregular, reduzindo gastos em saúde pública (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Na maior parte da América Latina, incluindo o Brasil, o aborto clandestino e inseguro é evidenciado com um importante problema de saúde pública, dessa forma, resolver essas

questões é um enorme desafio que determina a adoção de medidas urgentes entre elas, inegavelmente, a descriminalização do aborto (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Pode-se citar Cuba, como exemplo, país que a partir da legalização do aborto em 1965, conseguiu manter a mortalidade materna reduzida devido à prática segura dos mesmos, quando se compara a outros países latino-americanos. Dessa maneira, é evidente que legalizar o aborto, e efetuar-lo em ambiente salubre e por profissional qualificado, determinou essa diminuição de morte materna. Sendo assim, o aborto realizado de forma legal e seguro, como é feito em Cuba, traria benefícios inegáveis às mulheres e mudaria o cenário da saúde pública no Brasil (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Em março de 2013, o Conselho Federal de Medicina declarou apoio à interrupção da gravidez até a 12ª semana de gestação, evidenciando a conveniência da reforma do Código Penal brasileiro nesse contexto, mas sem caracterizar a descriminalização do mesmo. Essa proposta de reforma inclui a criação de causas excludentes de ilicitude, ou seja, situações que serão previstas por lei e não serão consideradas crimes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013). Esse Projeto de Lei do Senado nº 236, foi criado em 2012 e ainda encontra-se em tramitação.

Por fim, Domingos e Merighi (2010) indicam que a maior parte dos abortos ocorre em países em desenvolvimento e que constitui uma das principais causas de morte materna no mundo. No Brasil, é estimado a ocorrência de aproximadamente 1 milhão de abortos no ano. Diversos aspectos permeiam essa realidade, como falta de informação sobre direitos humanos, de recursos econômicos, desigualdade de gênero e dificuldade de acesso à educação. Tais situações fazem com que especialmente mulheres pobres e marginalizadas sejam expostas ao aborto clandestino. (BRASIL, 2010). Por esse lado, é notório que um serviço de saúde sistematizado e abrangente com todos os níveis sociais e de assistência correlaciona-se com a prevenção da mortalidade materna, uma vez que o atendimento e amparo a todas as mulheres são garantidos (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

- Identificar os obstáculos envolvidos com a dificuldade de acesso ao Aborto Legal no Brasil.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entender os aspectos socioculturais, psicológicos, éticos e epidemiológicos da mulher relacionados ao tema.
- Analisar o acesso à informação sobre o aborto legal como direito da mulher e dever ético-legal da profissão médica.
- Compreender os problemas de infraestrutura do Sistema Único de Saúde que constituem um empecilho ao acesso ao aborto legal no Brasil.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho utiliza como metodologia o estudo de revisão da literatura não sistematizada qualitativa de cunho exploratório descritivo. Segundo Atallah e Castro (2005), entende-se como revisões da literatura, trabalhos que descrevem e debatem “o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual”, sendo concebidas através de pesquisa de literaturas publicadas com interpretação e análise crítica pessoal do autor.

A pesquisa de artigos foi realizada em bases eletrônicas e em manuais de citações referente às publicações inicialmente identificadas. As bases eletrônicas pesquisadas foram LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), literatura internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e PUBMED. Também foram realizadas consultas em sites de órgãos oficiais internacionais e nacionais, tais como: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

Para a revisão, utilizaram-se os seguintes descritores em português: “aborto”, “aborto legal”, “acesso ao aborto legal”, “direito reprodutivo”. Ao procurar por esses descritores a análise concentrou-se especialmente em artigos de periódicos científicos da área de saúde, artigos de revisão, editoriais, diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde. O período de abrangência foi entre janeiro de 2000 a dezembro de 2020.

De modo complementar foram empregados também, coleta de informações, registro, análise e interpretação dos dados coletados no DATASUS - Departamento de Informática do SUS, além de artigos, documentos oficiais e teses relacionadas a temas atuais sobre o aborto legal e sua dificuldade de acesso no Brasil.

Ao final da pesquisa foram refinados para embasar este trabalho um total de: 15 artigos publicados em revistas da área de saúde nacionais e internacionais; 14 trabalhos e teses e 10 documentos oficiais.

5. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Diniz (2004), podem-se notar duas abordagens quando se trata da questão do aborto no Brasil. Por um lado, o desenvolvimento científico trouxe diagnóstico precoce de malformações fetais e genéticas incompatíveis com a vida, como fetos anencefálicos. Com isso, uma série de processos jurídicos foi movida pedindo a interrupção legal da gestação, mesmo em países nos quais o abortamento é totalmente proibido ou muito restrito. O aborto nesses casos está diretamente relacionado ao bem-estar materno, sendo um procedimento com indicações médicas, que não se correlaciona com a interrupção voluntária de uma gravidez viável, que é um ponto problemático quando se trata do debate sobre o aborto. (DINIZM 2004).

De outro lado, essas situações levaram a debates na mídia, Congresso Nacional e Supremo Tribunal Federal, envolvendo não apenas a sociedade civil, mas também profissionais de diversas áreas, não somente da saúde, nas quais muitas das vezes a ampliação da lei ou a descriminalização do aborto foram colocadas em pauta. (DINIZ, 2005). Nesse contexto, é importante destacar a prática ilegal e insegura como grave problema de saúde pública, envolvendo complicações sérias, como infertilidade e morte materna, que poderiam ser evitadas. Visto que a grande maioria dos abortos ocorre em condições precárias e clandestinas, o mesmo constitui-se como a quarta causa de mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2005).

Portanto, de acordo com Sandi e Braz (2010), há dois lados distintos quando se fala de aborto: um relaciona o aborto como problema de saúde pública; o outro trata a “respeito da abordagem bioética que garanta a neutralidade do pensar ético acerca dessa dilemática questão” (SANDI e BRAZ, 2010).

5.1. O aborto e seus aspectos epidemiológicos, sociais e éticos relacionados à mulher brasileira

Estima-se que no mundo ocorram 55,9 milhões de abortos por ano, dentre os quais, aproximadamente, 55% são abortos seguros, 31% são menos seguros e 14% são inseguros. No entanto, essa proporção difere drasticamente de país para país. De acordo com o relatório “Aborto no Mundo: progresso desnivelado e acesso desigual”, publicado pelo Instituto Guttmacher, quanto mais restritivas são as leis que tratam sobre aborto em um país, mais inseguros eles se tornam. A OMS reconhece esse dado, estimando que, entre 2010 a 2014, cerca de 25 milhões de abortos inseguros ocorreram a cada ano no mundo (SINGH *et al.*, 2017). A confiabilidade dos dados e a qualidade das informações são afetadas em países em que o aborto é altamente restrito, dado que sistemas de notificações são praticamente ausentes, com baixa eficácia, sendo este o caso do Brasil (SINGH *et al.*, 2017).

Os aspectos socioculturais, religiosos, legais e morais existentes na sociedade brasileira inibem que as mulheres declarem a prática do aborto. Esses fatores contribuem para que sua prática ocorra clandestinamente, favorecendo à subnotificação dos casos, que muitas vezes aparecem em dados epidemiológicos referentes a complicações de saúde. Portanto, a criminalização do aborto no nosso país afeta não só as práticas inseguras de abortamento, como também a credibilidade estatística dos dados que são usados nas pesquisas e a implementação de políticas públicas que visam à redução da mortalidade materna e das complicações que impactam na saúde da mulher.

De acordo com Milanez *et al.* (2016) o aborto representa um enigma para saúde pública, enxergado como uma negligência na saúde sexual e reprodutiva da mulher no mundo, incluindo no Brasil, que está associado à mortalidade materna, com uma prevalência de 74/100.000 nascidos vivos, que corresponde a 11,4% destas mortes. O autor cita em seu estudo que o perfil sociodemográfico tem grande influência na tomada de decisão pelo aborto. Mulheres que não têm companheiro ou não possuem apoio familiar, tornam-se mais propensas; mulheres que estavam diante da gravidez, foram visto que, referindo-se à situação conjugal destas, na amostra 80,3% tinham relacionamento estável, ou seja, estas mulheres recebiam apoio para seguir com a gravidez. Ao contrário das mulheres solteiras, que a

sociedade em si desqualifica a gravidez quando há ausência da figura paterna. Portanto, de acordo com as palavras do autor Milanez *et al.* (2015) a condição de se ter um relacionamento estável pode transformar a gravidez indesejada em algo agradável, eliminando a possibilidade de um aborto (MILANEZ *et al.*, 2016).

Já de acordo com Brito *et al* (2015) o cenário brasileiro mostra-se adverso às conquistas adquiridas pelo movimento feminista. E reforça que apesar de existir punições a quem cometer e/ou praticar aborto, salvo os casos permitidos por lei, nada impede seu acontecimento, pelo contrário, o ato torna-se cada vez perigoso e inseguro, acarretando sérias complicações à mulher, como esterilidade, hemorragias e até a morte (BRITO *et al.*, 2015).

De acordo com Monteiro *et al.* (2015) a mortalidade materna atinge as mulheres em qualquer idade durante o período reprodutivo. O aborto, principalmente o provocado contribui para o aumento da razão de mortalidade materna, sendo classificado como a terceira causa de morte materna no Brasil. A razão de tais óbitos por aborto está relacionada ao atraso nos atendimentos de saúde, uma vez que as mulheres ainda têm receio de procurar por profissionais da saúde e ainda o receio de serem denunciadas, bem como serem julgadas pelos seus atos nos serviços de saúde, além disso, de existir um lapso temporal nos diagnósticos de complicações, atrasando assim o tratamento das consequências decorrentes do aborto provocado (MONTEIRO *et al.*, 2015).

Quando há uma falha na tentativa do aborto suas complicações são graves, é o que sugerem os índices de abortamento clandestinos, nos quais geralmente a busca da assistência médica acontece de forma tardia, pois às vezes, essas mulheres não reconhecem prováveis complicações ou temem a repressão. A mortalidade materna é mais recorrente entre as mulheres de 20 a 34 anos, negras, solteiras e a maioria com escolaridade até o ensino fundamental (MARTINS *et al.*, 2017).

Para Santos *et al.* (2013) diversas mulheres tendem a praticar o aborto induzido, independente de classe social, crenças e idade, a diferença é que as mulheres com boas condições financeiras utilizam clínicas mais adequadas e as mulheres carentes buscam métodos perigosos, elevando o índice de morbimortalidade materna. Fusco *et al* (2012)

descrevem que 35,7% dos abortos induzidos ocorreram em mulheres negras e com ensino fundamental incompleto, assim como Borsari *et al.* (2012) relatam que nas áreas urbanas do Brasil mais de 1 a 5 mulheres já realizaram o aborto na faixa etária de 18 a 29 anos, sendo que a maioria delas possuem baixa escolaridade. Em relação à idade observou-se que em todos os estudos o aborto é realizado de 10 a 49 anos de idade, ou seja, na fase reprodutiva das mulheres (BORSARI *et al.*, 2012).

De estudos de diversos autores, Martins *et al.* (2017) e Domingues *et al.* (2020), existe um provável sub-registro de óbitos maternos por aborto, visto a magnitudes dos abortos induzidos poderem estar comprometidas através das falhas dos preenchimentos das fichas de Declaração de Óbito, sub-registro das declarações das causas de óbitos e subinformação. De acordo com os autores, são problemas mais prevalentes a ausência de informações sobre as possíveis causas do óbito, sem considerar o evento que levou a morte. Isto caracteriza o óbito como o de morte materna mascarada ou presumível, tendo o objetivo de esconder a causa do óbito e dificultar a identificação da morte materna.

5.2. Aborto e as falhas no Sistema Único de Saúde brasileira

O aborto é regularizado no Brasil pelo Código Penal desde dezembro de 1940. Nele consta que as informações referentes a esta prática estão presentes em cinco artigos, sendo que o mais recente foi modificado em abril de 2012, pelo Supremo Tribunal Federal. Até essa data a prática do aborto era regularizada apenas nas condições a seguir: risco de morte materna e gestação sucedida de estupro, ambas carecendo de autorização judicial. Após esta data, ocorreu uma votação no STF a qual estabeleceu mais uma condição em que o aborto é legitimado no país: a anencefalia fetal (BRASIL, 1940. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A anencefalia é definida como uma malformação congênita do sistema nervoso central, decorrente de um defeito na neurulação, entre a terceira e a quarta semanas de gestação, o que leva a ausência de fusão das pregas neurais e da formação do tubo neural, isso pode ser

decorrente da interação de múltiplos genes e de fatores ambientais (uso de drogas, infecções). A deficiência de ácido fólico também aumenta o risco de anencefalia.

Não existe tratamento para essa malformação, a maioria dos fetos não sobrevive até o final da gestação e os que sobrevivem, evoluem a óbito logo após o nascimento (DINIZ *et al.*, 2009. FEITOSA, 2006).

A gestação de um feto anencéfalo sujeita a progenitora a um maior risco de complicações, como também compromete emocionalmente os indivíduos que a acompanharam durante a gravidez. Esse assunto deve ser amplamente debatido e esclarecido para que a gestante possa decidir sobre o curso de sua gestação com segurança (FEITOSA, 2006).

Uma pesquisa realizada com ginecologistas e obstetras demonstrou que 83,3% destes já atenderam grávidas de fetos anencéfalos, e que em torno de 85% destas pretendiam realizar o aborto. As gestantes deveriam prosseguir com a gravidez, até antes de abril de 2012, ou solicitar autorização da justiça para a retirada do feto (DINIZ *et al.*, 2009).

Com o objetivo de determinar os parâmetros para um correto diagnóstico de anencefalia e evitar falhas de condução do processo, o CFM divulgou a Resolução 1989/2012 no dia 14 de maio de 2012, após um mês da decisão do STF. Nela, o Conselho Federal de Medicina define como o diagnóstico será realizado, por Ultrassonografia a partir da décima segunda semana de gestação, devem constar duas fotos, com identificação e data, e um laudo com a assinatura de dois médicos diferentes e habilitados para reconhecer a doença. Em caso de um correto diagnóstico da malformação em questão, o médico está autorizado a realizar o abortamento sem necessitar de intervenção judicial. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

No que concerne o aborto resultante de estupro, Faúndes *et al.* (2007) relatam que a despeito do avanço em relação a instauração dos serviços no Brasil, as mulheres continuam se deparando com empecilhos para o acesso a realização do aborto legal. Uma pesquisa realizada em 2003, por através de questionários feitos a médicos ginecologistas e obstetras, demonstrou que aproximadamente 2/3 dos profissionais pensava que era obrigatória a autorização da

justiça para praticar o aborto legalizado (FAÚNDES *et al.*, 2007). Outra pesquisa entre realizada entre ginecologistas e obstetras, em 2012, demonstrou que 81,6% deles requisitavam Boletim de Ocorrência ou outro documento (como laudo do Instituto Médico Legal, autorização do comitê de ética hospitalar ou alvará judicial). Além desses fatos, a autenticidade do relato de estupro feito pela vítima é questionada com frequência, e sua declaração não se demonstra capaz de garantir a interrupção da gestação (DINIZ *et al.*, 2014).

Outra dificuldade para a adequação da elaboração do sistema de aborto legal no país é a identificação de profissionais da área da saúde que sejam aptos e concordem com a assistência ao aborto legalizado. Isso ocorre pelo medo destes profissionais de serem estigmatizados sofrerem consequências judiciais, ou também pela objeção de consciência, seja por questões morais ou religiosas, sendo assim, é nítido que muitos médicos se negam a efetuar o procedimento (ZORDO, 2012). Os médicos possuem o direito de objeção de consciência à prática do aborto, mas também os serviços públicos capacitados para atendimento das mulheres que sofreram violência sexual devem garantir a assistência em tempo hábil por outro profissional do mesmo local ou de outro serviço. A objeção de consciência não é reconhecida caso não haja outro médico para assistir a gestante, em risco de morte ou se a recusa do atendimento puder causar malefícios (BRASIL, 2011).

Duas pesquisas do ano de 2005 estudaram sobre o atendimento na rede pública de saúde às mulheres vítimas de abuso sexual no Brasil. A primeira pesquisa avaliou 56 hospitais listados como serviços especializados para a realização do aborto legal. De acordo com os resultados, dos 56, somente 37 estavam habilitados para o procedimento, 5 nunca tinham realizado, e 6 estados, não possuíam serviço qualificado. Somado a isso, 70% dos atendimentos foram na região Sudeste, a qual recebeu encaminhamentos de todas as outras regiões do país (TALIB; CITELI, 2005). A segunda pesquisa entrevistou gestores e profissionais de 1.395 unidades de saúde que forneciam atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, a conclusão foi que somente 12% dos serviços haviam executado pelo menos um aborto, 53% ofereciam anticoncepção de emergência e 45% profilaxia contra HIV (ANDALAFT-NETO *et al.*, 2012).

Na norma técnica de 2011, consta que deve ocorrer uma avaliação periódica dos serviços, mas isso não ocorre regularmente. Uma mulher vítima de violência sexual que possui o desejo de interrupção da gestação pode conter várias dificuldades ao longo do processo, como distância geográfica, problemas na instituição que deveria ser apta para o procedimento ou objeção de consciência dos profissionais que cruzam seu caminho. (BRASIL, 2011).

Outro problema relatado por Madeiro e Diniz (2016) diz respeito à localização dos serviços de saúde majoritariamente em cidades grandes, além da ausência deles em sete estados brasileiros, evidenciando os obstáculos encontrados pelas mulheres quando desejam interromper legalmente a gestação. Comparando o estudo de 2016 com a última avaliação dos serviços de aborto legal, exercida em 2005, conclui-se que não ocorreu avanço na implantação de serviços novos, principalmente em cidades do interior. Pois, segundo as pesquisas, em 2005, 37 unidades de saúde afirmaram a realização do aborto legal, sendo que seis estados não possuíam serviço ativo (TALIB; CITELI, 2005). Já no estudo realizado em 2016, ainda existem 37 serviços ativos, e aumentou para sete estados o número de serviços inativos (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Como exemplo atual sobre o aborto legal e os serviços ativos em cada estado brasileiro, pode-se citar o caso ocorrido em 2020, onde uma menina de 10 anos de idade engravidou após ser abusada sexualmente pelo tio, no Espírito Santo. A criança precisou se deslocar até o Recife para realizar a interrupção da gestação porque, no estado de origem, os médicos do hospital em que foi atendida alegaram não ter capacidade técnica para a execução do procedimento. Portanto, mesmo quatro anos após a pesquisa de Madeiro e Diniz em 2016, hoje, em 2021, ainda não possuímos em todos os estados federados serviços que contemplem o aborto legal de forma usual.

A formação da equipe de profissionais permanece sendo um problema para a maioria dos serviços. Porém, a presença dessas equipes demonstra o compromisso com a oferta de auxílio integral à mulher vítima de violência sexual. Em contrapartida, a ausência de uma equipe médica especializada para a realização do aborto faz com que o atendimento da mulher que busque esse procedimento seja mais lento e, por vezes, isso pode impedir sua realização.

Em pesquisa realizada por Machado *et al* (2015) estimou-se que apenas 20% a 30% das mulheres vítimas de violência sexual procuram por auxílio médico e, destas, de 10% a 30% realizaram o seguimento ambulatorial e o tratamento correto. As boas condições dos serviços de saúde são um dos principais motivos que incentivam a adesão a continuidade do acompanhamento, englobando a presença de profissionais qualificados bem como um atendimento reservado, rápido e unificado em apenas uma unidade de saúde (MACHADO *et al.*, 2015).

Em relação a disponibilidade de contracepção de emergência e profilaxia de doenças infecciosas sexualmente transmissíveis, os dados dessa pesquisa mostraram uma organização melhor dos serviços em comparação com pesquisas dos anos 2000 (TALIB, CITELI, 2005). Apenas em quatro serviços não foi oferecida profilaxia para doenças virais, segundo a pesquisa de Talib e Citeli (2005), porém aproximadamente um quarto destes serviços relatou o encaminhamento da paciente para outra unidade pelo fato de não dispor de uma equipe capacitada para receitar antirretrovirais (TALIB; CITELI, 2005). É direito de qualquer paciente receber profilaxia pós-exposição (PEP) contra o HIV após relação sexual desprotegida ou quando o *status* sorológico do agressor é desconhecido, a PEP deve ser iniciada o mais precoce possível, no máximo 72 horas após o acontecimento, nesse caso, o estupro.

Em estudo de Bakhru, Mallinger e Fox (2010) o que ficou evidente foi que aproximadamente 5% dos serviços alegaram não disponibilizar contraceptivos emergenciais. Não se sabe ao certo o verdadeiro motivo, mas supõe-se que isso pode ter ocorrido pela falta da medicação, por conhecimento técnico escasso ou por objeção de consciência. Dados demonstram que nos outros países, mais ou menos 50% dos médicos receitam e aconselham sobre a contracepção de emergência para mulheres que foram violentadas sexualmente (BAKHURU, MALLINGER, FOX, 2010). É importante ressaltar que aproximadamente 5% das mulheres possuem probabilidade de engravidar após abuso sexual e que ocorre uma redução em torno de 85% quando a contracepção emergencial é ofertada até 72 horas após a violência, por isso, esta deveria ser encarada como uma prioridade no tratamento inicial da vítima (BAKHURU, MALLINGER, FOX, 2010).

De acordo com Talib e Citeli (2005) fazia parte da burocracia da maioria dos hospitais e serviços que realizam o aborto legalmente, a exigência da realização de um Boletim de Ocorrência pela vítima (TALIB, CITELEI, 2005). Em um estudo mais atual, de Diniz *et al* (2014), 14% dos serviços disponíveis ainda solicitavam a apresentação do Boletim de Ocorrência pela mulher, caso não o apresentasse, o atendimento seria negado.

Portanto, é nítido que, as orientações da norma técnica do Ministério da Saúde não são seguidas por todas as unidades de saúde capacitadas, ainda que haja o objetivo em prestar assistência às mulheres (MADEIRO, DINIZ, 2016).

A negação da realização do aborto pelos médicos, foi justificada com frequência pela presença de algum impedimento religioso ou moral, e isso foi apresentado pelos próprios profissionais como sendo uma das questões mais importantes para o funcionamento dos serviços. Uma pesquisa feita no Brasil com ginecologistas e obstetras, no ano de 2012, demonstrou que 43% destes especialistas se manifestaram com objeção de consciência quando não possuíam confiabilidade no relato da mulher sobre a violência (MADEIRO; DINIZ, 2016). Portanto, a razão para recusar a realização do aborto inclui a presença de convicções morais ou religiosas, e o medo das consequências legais e sociais negativas relacionadas ao assunto (FAÚNDES, *et al.*, 2013).

5.3. Acesso à informação sobre o aborto legal e o dever ético dos profissionais de saúde no Brasil

Mediante um caso de aborto ilegal e inseguro, todo profissional da saúde deve adotar as medidas necessárias, fato constituído como conduta ética, não devendo julgar ou fazer juízo de valor, pois o acolhimento educadamente e não medir esforços para assegurar a sobrevivência da mulher, sem que seja causados quaisquer constrangimentos ou transtornos. constrangimentos (BRASIL, 2011, p.22).

Os artigos 196 e 226 parágrafo 7º garantem como direito fundamental das mulheres pela Constituição Federal o acesso à: orientação e informação humana e solidária; ao aborto em situações consideradas legais; planejamento reprodutivo pós-aborto, prevenindo que ocorram abortos repetitivos, além de acesso à atenção de qualidade em casos de complicações correlacionadas aos abortos. Uma abordagem ética e elucidação sobre as questões judiciais envolvidas, devem ser realizadas objetivando uma atenção humanizada a essas mulheres, devendo serem considerados os princípios da liberdade, da igualdade e da dignidade, sem que haja tolerância a qualquer restrição ao acesso à assistência à saúde ou discriminação. (BRASIL, 2011).

A escuta, princípio fundamental dentro da Atenção Primária, realizada de forma qualificada garante o acolhimento ideal dessas pacientes na rede básica de saúde, além de fortalecer o vínculo entre serviço, equipe e usuária, permitindo que haja humanização do atendimento. Determinar o acolhimento como uma atitude relevante e indispensável, permite que sejam realizadas uma escuta qualificada e compreensão de suas demandas, inclusive permite que ocorra a solidariedade com o sofrimento dessa mulher. (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Entender as pluralidades e aceitá-las, bem como compreender e respeitar a decisão das usuárias garantem o acolhimento de qualidade e uma escuta humanizada durante o atendimento dessas situações de vulnerabilidade. Informações importantes e de excelência devem ser repassadas, permitindo que essa mulher seja o sujeito da coordenação de sua saúde, e, dessa maneira, a mesma promoverá autocuidado e tomadas de decisões em concordância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde, o que é inegavelmente benéfico para o processo saúde-doença. Todas as dúvidas devem ser sanadas com o objetivo de garantir decisões e ações informadas e eficientes (BRASIL, 2011).

Aquino *et al.* (2012) apontam que o aborto é grave problema de saúde no Brasil e que as complicações referentes a eles poderiam ser evitadas se fosse dada atenção apropriada. Esses autores fizeram uma pesquisa em 19 hospitais do Sistema Único de Saúde em três cidades, sendo elas Salvador, São Luís e Recife, baseando-se em normas do Ministério da Saúde e grau de satisfação das usuárias. Foram considerados no estudo quatro aspectos: acolhimento e orientação, insumos/ambiente físico, qualidade técnica e continuidade do cuidado. Todas as

cidades tiveram valores baixos quando analisados apoio social e direito à informação. A qualidade técnica não obteve avaliação adequada e, dentro dos insumos e ambiente físico, a limpeza foi o critério mais mal avaliado. (AQUINO *et al.*, 2012).

De acordo com os autores citados, o acompanhamento nessas cidades foi prejudicado pelo não agendamento do retorno, déficit de informações necessárias após término da consulta, assim como falta de abordagem de assuntos como riscos envolvidos em uma gravidez e planejamento familiar. Dentre os aspectos citados, deve-se destacar a descontinuidade do acompanhamento como um ponto trazido pelas próprias usuárias como fator que interfere diretamente na experiência de abortamento (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

“A necessidade de uma atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliado ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. É preciso, também, superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País” (BRASIL, 2011)

Necessário se faz reforçar que o trabalho da equipe de atenção básica, não se caracteriza apenas como preventivo, curativo ou de manejo de complicações, mas que determine também a recuperação da saúde. Dessa forma, é necessário que as demandas trazidas por essas mulheres sejam analisadas de forma integral, de modo que o contexto no qual estão inseridas seja compreendido (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Visto que a própria internação hospitalar e o tratamento constituem-se como angustiantes e provocadores de medos diante do desconhecido, é importante que o acolhimento cumpra seu papel de acalantar e informar as usuárias de forma adequada, construindo um vínculo positivo com o ambiente hospitalar. Destaca-se que a mulher está em uma situação de extrema vulnerabilidade e sofrimento devido aos aspectos que a levaram a esta condição e, mediante a isso, cada profissional envolvido no atendimento precisa saber seu papel para que o acolhimento seja efetivo e respeitoso (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Nota-se que, está relacionado com a formação acadêmica, o papel do profissional da saúde frente à promoção do acolhimento e orientação adequados. Ao que diz respeito à escuta,

é importante integrar psicólogos e assistentes sociais, se possível, pois ambos possuem papéis fundamentais na atenção. (BRASIL, 2011).

Muitos profissionais possuem conceitos próprios acerca do aborto, sendo muito deles opositores da prática, não apenas considerando à ilegalidade do ato, mas também questões individuais que incluem cultura, religião e até mesmo a sensação de despreparo desses profissionais correlacionada com a formação acadêmica que não capacita para lidar com esse tipo de situação. Dessa forma, esses profissionais devem compreender sua função social e dentro da equipe de saúde, além de entender o paciente como ser dotado de direito à recuperação plena e dependente de seus cuidados nesse momento, sendo esse fato fundamental para a reabilitação em saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Questões éticas e relevantes relacionadas ao abortamento, como o seguimento dessas mulheres pós-aborto, abordagem das questões afetivas, emocionais e sociais abaladas com esse processo, bem como o planejamento familiar devem ser discutidas e analisadas como forma de capacitação efetiva dos profissionais da saúde na rede pública. É importante entender que a assistência ao processo de perda e sofrimento é fundamental no atendimento dessas mulheres que realizaram aborto inseguro com consequente dano à sua saúde, indo além de apenas assistência técnica que garantam a manutenção de sua vida, sendo responsabilidade dos profissionais da saúde prestar essas assistências de maneira integral incluindo tais aspectos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

6. CONCLUSÃO

Existem poucos trabalhos atualizados sobre o tema do aborto, apesar de ser muito discutido na mídia. Este estudo apontou a discrepância entre a realidade dos cenários de serviços de saúde envolvidos no abortamento legal, bem como seu funcionamento, e o que é determinado pelas políticas públicas. Mesmo sendo obrigatória a oferta de saúde adequada, é evidenciado o descumprimento frequente das recomendações descritas nas normas de saúde.

Deliberações do Estado são necessárias para que o aborto legal tenham seus serviços ampliados e consolidados, bem como a qualificação da equipe de saúde e a observação continuada. Segundo o Programa Nacional de Direitos Humanos, de 2010, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Política para as Mulheres são responsáveis diretos por propostas de “mecanismos de monitoramento dos serviços de atendimento ao aborto legalmente autorizado, garantindo seu cumprimento e facilidade de acesso” (BRASIL, 2010).

É garantido que mulheres vítimas de violência sexual possam assistência integral, bem como o direito a interrupção da gestação, se assim desejar. É importante que para assegurar esses direitos, os serviços de saúde possuam qualidade, respeitando a integridade da mulher e atendendo suas decisões reprodutivas. Sendo assim, é fundamental que periodicamente esses serviços de saúde, sejam avaliados para que haja o fortalecimento e garantia desses serviços. Diligências políticas devem ser baseadas em estudos e pesquisas e direcionadas de forma a garantir o direito reprodutivo das mulheres, como modo de solidificação do atendimento qualificado ao aborto previsto por lei.

Além do mais, é nítido que o conhecimento da população acerca de seus direitos garantidos pela Legislação brasileira ainda é muito baixo. O aborto é uma pauta que ainda precisa de muita discussão e esclarecimento frente à população, mesmo que se confronte com questões polêmicas e seja considerado um tabu dentro da sociedade, pois essa prática é muito comum e coloca a vida de milhares de mulheres em risco em todo o mundo, precisando ser considerado e discutido como um grave problema de saúde pública. Confirmou-se também como o acolhimento é um instrumento importante na promoção de uma assistência humanizada e holística, sem que haja juízo de valores envolvidos, possibilitando que o um

trabalho pertinente da equipe de saúde proporcione uma escuta adequada às demandas das usuárias, e assim, garantindo que as mesmas sejam amparadas e se tornem sujeitos do seu cuidado em saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS:

AQUINO, EML *et al.* **Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?**. Ciênc. Saúde Coletiva; 17(7): 1765-76, 2012.

ANDALRAFT-NETO J, *et al.* **Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil**. Femina, 2012; 40(6):301-306.

ANJOS, KF *et al.* **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos**. Saúde em Debate, v. 37, n. 98, p. 504-515, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yTbJpmr9CbpSvzVKggKsJdt/?lang=pt&format=pdf> . acesso em 20 de abr de 2021.

BAKHURU A, MALLINGER JB, FOX MC. **Postexposure prophylaxis for victims of sexual assault: treatments and attitudes of emergency department physicians**. Contraception 2010; 82(2):168-173.

BORSARI, *et al.* **O aborto inseguro é um problema de saúde pública**. Femina, 2012; 40 (2): 64-68. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3094.pdf> . Acesso em 23 de set 2020.

BRASIL. **Acesso à informação e aborto legal: mapeando os desafios nos serviços de saúde**. Brasília, DF: ANDI: Artigo 19, 2019. Disponível em: <https://artigo19.org/?p=16273>. Acesso em 2 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: MS; 2011.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília: SEDH/PR. 2010. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-3>. Acesso em: 10 de abr de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Hospitais e serviços de referência em atendimento para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual**. Brasil. 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atsm_res_serv_At_viol_sexual_2009.pdf> Acesso em: 10 de fev de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Magnitude do Aborto no Brasil**. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Brasília - DF; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Causas de mortalidade materna em 2005**. Brasília: DATASUS; 2007. Disponível: <http://www.datasus.gov.br> . Acesso em 03 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília: MS; 2005.

_____. **Lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940, Dispõe sobre os crimes contra a pessoa e dos crimes contra a vida. Diário Oficial da União. 31 dez 1940.

BRITO, R.S; *et al.* Opinião de estudantes de enfermagem sobre aborto provocado. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 115-124, abr./jun. 2015.

CACIQUE, DB; *et al.* **Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras entre 2001 e 2011**. Saúde soc., São Paulo, v. 22, n. 3, p. 916-936, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/23.pdf> . Acesso em: 2 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1.989/2012**. Diário Oficial da União. 14 mai 2012. Seção I: 308-309.

CYBULSKA B. **Immediate medical care after sexual assault**. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27(1):141-149.

DINIZ D, RDC. Aborto por anomalia fetal. Brasília: Letras Livres; 2003. Ribeiro. Brasília: Letras Livres, 2003. **Cad. Saúde Pública**, 2004;20(1): 337-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533252010.pdf> . Acesso em 03 jan. 2021.

DINIZ, D. *et al.* **A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, Suppl 1, p. 1619-1624, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a35v14s1.pdf> . Acesso em 05 fev. 2021.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 959-966. jan./jun. 2010.

DINIZ, D. *et al.*. **Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil**. *Reprod Health Matters* 2014; 22(43):141-148.

DOMINGUES RMSM, *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**. 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302002&lng=en. Acesso em 23 de set de 2020.

_____. *Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño*. **Caderno Saúde Pública** 2005;21(2): 634-9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533252010.pdf> . Acesso em 03 jan. 2021.

_____. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista Saúde Pública**, Brasília, v. 45, ed. 5, p. 981-985, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2721.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. **O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181. jan./mar. 2010.

FAÚNDES A, *et al*. **Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations**. *Int J Obstet Gynecol* 2013; 123(Supl. 3):S57-59.

FAÚNDES A, *et al* . Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**, 2007; 29(4):192-199.

FEITOSA, G. **Interrupção de gestação em caso de anencefalia: opinião de mulheres de classes populares em Teresina-PI**. Tópicos em Bioética, Brasília: Letras Livres, 2006. Disponível em: <https://www.portalbioetica.com.br/artigos/> . Acesso em 05 fev 2021.

FILGUEIRA, E. B. F.; SILVA, M. R. F. A. Polêmica discussão sobre a possibilidade do aborto de feto anencéfalo frente à Constituição Federal de 1988. **Revista Constituição e Garantia de Direitos**, v. 6, n.1, p. 1-23, 2013. Disponível em: <<http://ufrn.emnuvens.com.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/4379/3573>> . Acesso em 05 fev. 2021.

FONSECA, SC; *et al* . Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36,supl. 1, e00189718, 2020 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302001&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 1 nov. 2020

FUSCO CLB, *et al*. **Aborto inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável em São Paulo, Brasil**. Cafajeste. Saúde Pública. Abril de 2012 28 (4): 709- 719. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400010&lng=en . Acesso em 23 de set de 2020.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88. mar. 2008.

FREIRE, N. **Aborto seguro**: um direito das mulheres? *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 31-32. abr./jun. 2012.

GOLLOP, TR. **Por que despenalizar o aborto?** *Ciência. Culto*, São Paulo, v. 61, n. 3, pág. 4-5, 2009. Disponível em http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 de maio de 2021.

KLASING, A. Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre Aborto é um Passo Positivo avalia Human Rights Watch (HRW). *Católicas pelo Direito de Decidir*. 2012. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/news/2012/04/19/246000>>. Acesso em: 20 abr 2021.

MACHA S, *et al.* **Increasing access to legal termination of pregnancy and postabortion contraception at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia.** *Int J Obstet Gynecol* 2014; 136(Supl. 1):S49-51.

MACHADO, C. L. *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200345&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051714>.

MADEIRO, AP; DINIZ, D. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n2/563-572/>. Acesso em 30 set. 2020.

MARTINS EF, *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105009&lng=en . Acesso em 20 de out 2020.

MARTIN LA, *et al.* **Abortion providers, stigma and professional quality of life.** *Contraception* 2014; 90(6):581-587.

MARTINS-MELO, F. R. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista de saúde publica**, v. 48, n. 3, p. 508–520, 2014.

MILANEZ, N; *et al.* Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Rev. Latino Americana*, n. 22, p. 129-147, abril, 2016.

MARTINS, A. L.; MENDONÇA, L. C. **Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis**: dossiê. 2005. Rede Feminista de Saúde. Disponível em: <
<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-20960>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

MONTEIRO MFG, *et al.* **Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões**. Reprodução e Climatério, 2015.

NETO, J.A.C. *et al.* Conhecimento da população sobre o aborto legal e a descriminalização da prática em caso de anencefalia fetal. **HU revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2 p. 111-117, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1942/2489-15194-1-pb.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

OLIVEIRA P.O. *et al.* **Acolhimento nos serviços públicos de saúde às mulheres em situação de aborto provocado**. Responsório Bahiana. 2014. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/686/1/TCC%20final.pdf>. Acesso em: março 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2a ed, 2013.

PEIXOTO, F. D. F. **Direito, anencefalia e antecipação do parto: uma análise da realidade brasileira**. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza-CE, 2013.

PLANALTO GOV. **LEI Nº12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 15 out.2020.

ROCHA, W.B., *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**. Brasília, v. 32, n. 2, p. 387-399, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000200387&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 1 out. 2020.

RIBEIRO, F. R. G.; SPINK, M. J. P. **Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso de anencefalia no Brasil**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.16, n.40, p.35-49, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0712.pdf> . Acesso em 5 fev. 2021.

SANDI, S; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**, vol. 18, núm. 1, 2010, pp. 131-153. Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil.

SANTOS V.C, *et al.* Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. Bioética**, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300014&lng=en . Acesso em 20 de set 2020.

SINGH, S. *et al.* **Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access**. New York: Guttmacher Institute, 2017.

TALIB R, CITELI MT. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. Dossiê. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005.

ZORDO S. **Representações e experiências sobre aborto ilegal e legal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia**. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1745-1754.

WESTPHAL, F.P.S. **Reflexões acerca do acesso ao aborto legal no Brasil: os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres versus o direito de objeção de consciência dos médicos que prestam serviço pelo Sistema Único de Saúde-SUS**. Disponível em: www.ipas.org.br/arquivos/artigo%20-%20Fernanda.pdf . Acesso 3 out. 2020.