



Unidade Federal de Ouro Preto
Faculdade de Medicina
Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade



Trabalho de Conclusão de Residência

BARREIRAS DE ACESSO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL

Letícia Silveira Marinho

Ouro Preto, MG

2024

Letícia Silveira Marinho

BARREIRAS DE ACESSO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade

Orientadora: Dandara Pimentel Freitas

Coorientador: Júlia Santiago França

Ouro Preto, MG

2024

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M338b Marinho, Leticia Silveira.
Barreiras de acesso ao aborto legal no Brasil. [manuscrito] / Leticia
Silveira Marinho. - 2024.
49 f.

Orientadora: Esp. Dandara Pimentel Freitas.
Coorientadora: Esp. Júlia Santiago França.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Aborto. 2. Barreira ao acesso aos cuidados de saúde. 3. Direitos
sexuais e direitos reprodutivos. 4. Atenção primária à saúde. I. Freitas,
Dandara Pimentel. II. França, Júlia Santiago. III. Universidade Federal de
Ouro Preto. IV. Título.

CDU 618.39(81)

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Letícia Silveira Marinho

Barreiras de Acesso ao Aborto Legal no Brasil

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 07 de fevereiro de 2024.

Membros da banca

Médica de Família e Comunidade - Dandara Pimentel Freitas - Orientadora - Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro

Médica de Família e Comunidade - Júlia Santiago França - Co-orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Mestre em saúde pública - Júlia Costa de Oliveira - Universidade Federal de Minas Gerais

Médica de Família e Comunidade - Ana Carolina Moreira Silva - Programa Mais Médicos no município de São Luís - MA

A médica Dandara Pimentel Freitas, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29/02/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 11/03/2024, às 18:26, 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 http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0674940** e o código CRC **480ED7CB**.

“Gratidão à Julia e à Dandara, mulheres que me apoiaram na difícil tarefa de escrever esse estudo. Ao meu companheiro, Guilherme, que foi apoio, colo e fonte de encorajamento.”

RESUMO

O Brasil possui uma das leis mais restritivas em relação ao aborto legal no mundo, permitindo-o apenas em casos de gestação decorrente de estupro, risco de vida para a mãe e casos de feto com anencefalia. No entanto, mesmo em situações legalmente previstas, existem barreiras significativas que podem dificultar ou impedir o acesso a esse procedimento, essencial para a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. Este estudo tem como propósito analisar e descrever os desafios enfrentados para acessar o aborto, investigando como essas barreiras se manifestam na prática, através de uma revisão de literatura. Além disso, busca-se examinar como esses desafios impactam as mulheres de maneira diferenciada, levando em consideração fatores como idade, raça, classe social e território. O estudo também visa compreender o papel da Atenção Primária à Saúde e do Médico de Família e Comunidade na expansão do acesso a esse direito reprodutivo e na garantia de um cuidado humanizado e emancipatório.

Palavras-chave: Aborto; Barreira ao acesso aos cuidados de saúde; Direitos sexuais e reprodutivo; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Brazil has one of the most restrictive laws regarding legal abortion worldwide, allowing it only in cases of pregnancy resulting from rape, risk to the mother's life, and instances of anencephalic fetuses. However, even in legally stipulated situations, there are significant barriers that can hinder or prevent access to this procedure, essential for ensuring women's reproductive rights. This study aims to analyze and describe the challenges faced in accessing abortion, investigating how these barriers manifest in practice through a literature review. Additionally, it seeks to examine how these challenges impact women differently, considering factors such as age, race, social class, and location. The study also aims to understand the role of Primary Health Care and Family and Community Medicine in expanding access to this reproductive right and ensuring humane and empowering care.

Keywords: Abortion; Barriers to healthcare access; Sexual and reproductive rights; Primary health care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	13
3. DISCUSSÃO	14
3.1 Aspectos legais e técnicos da realização do aborto no Brasil	14
3.1.1 Aborto em caso de gravidez decorrente de violência sexual.....	14
3.1.2 Aborto terapêutico	16
3.1.3 Aborto em caso de anencefalia fetal.....	18
3.1.4 Limitação da realização do aborto de acordo com o tempo gestacional.....	20
3.2 Acessibilidade aos Serviços de Saúde que realizam o procedimento	21
3.3 Acesso Restrito a Medicação	25
3.4 Aborto e a pandemia de Covid-19	27
3.5 Escassez de profissionais qualificados para a realização do aborto	29
3.6 Desconhecimento da População dos Serviços de Aborto Legal	34
3.7 Impacto desigual das barreiras de acesso entre as mulheres	35
3.8 Aborto Legal e o papel da Atenção Primária à Saúde	37
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
5. REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

O debate sobre o aborto é amplo e pode ser explorado a partir de diversas áreas de conhecimento, como através da visão biomédica, preceitos jurídicos, análises sociológicas e históricas, direitos sexuais e reprodutivos, considerações morais e religiosas, além da perspectiva da saúde pública. As concepções e ideias oriundas de cada domínio influenciam diretamente a prática do aborto. Compreender essas diferentes perspectivas e o atual contexto de estruturação da prestação de serviços de saúde no país é importante para identificar quais são as barreiras de acesso e como elas acontecem na prática.

Do ponto de vista biomédico, o aborto é definido como a interrupção da gravidez, podendo ser espontâneo ou induzido. O aborto espontâneo é o que ocorre sem nenhuma intervenção externa. O aborto induzido, por sua vez, refere-se à interrupção da gravidez causada por intervenções cirúrgicas e/ou farmacológicas (ANÍBAL FAÚNDES; J BARZELATTO, 2004). No contexto do aborto induzido há, ainda, a classificação do procedimento quanto a sua segurança. Um aborto induzido é considerado seguro quando cumpre dois requisitos: ser realizado por uma pessoa apropriadamente capacitada e através de uma técnica segura. Dessa forma, considera-se um “aborto menos seguro” aqueles que só cumprem um dos critérios citados e denomina-se aborto inseguro o procedimento que não preenche nenhum desses critérios (SINGH S et al, 2018).

O acesso aos serviços institucionalizados de aborto é essencial para o exercício pleno da autonomia reprodutiva, considerada um direito humano inegociável. Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos, bem como ter a informação e os meios para assim fazer. Dessa forma, o acesso ao aborto é essencial para o alcance da justiça reprodutiva e do acesso universal à saúde (UNFPA BRASIL, 2007) (BRASIL, 2009).

Os direitos sexuais foram debatidos na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995 e são definidos como o direito das mulheres de controlarem e decidirem livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. É incluído nesse conceito o direito a relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes à sexualidade e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela

integridade da pessoa, ao consentimento e à divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências (UNFPA BRASIL, 2007).

O conceito de justiça reprodutiva, por sua vez, foi criado em 1994 por mulheres negras estadunidenses que buscavam destacar o caráter individual dos direitos reprodutivos e sexuais, ressaltando que “liberdades individuais” e “escolhas” não fazem sentido para grupos sociais pobres que, privados de grande parte dos seus direitos, não podem exercer plenamente o seu poder de escolha. O conceito chama a atenção para a necessidade da abolição de injustiças raciais, de gênero e de classe para haver pleno exercício de autonomia reprodutiva (BRASIL, 2009).

Neste contexto, para cumprir o direito de autonomia reprodutiva, é incumbência do Estado respeitar, proteger e garantir o direito de todos à saúde sexual e reprodutiva, o que inclui a remoção de disposições legais, como leis que criminalizam e penalizam tanto as mulheres que optam por abortos induzidos quanto os profissionais de saúde que oferecem esses serviços (WHO, 2022)

No Brasil, o Estado nega o direito de realização do aborto, com a legislação vigente operando como um sistema de exceções, criminalizando o procedimento, salvo em situações específicas. As exceções previstas no Código Penal para a realização de aborto legal atualmente são: gravidez que coloque em risco a vida da mulher, gravidez resultante de estupro e casos de anencefalia fetal. É importante pontuar que o Código Penal Brasileiro tipifica como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou prática de outro ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo passível de abortamento legal toda gestação de menor de 14 anos. Em todos esses casos não é necessário haver autorização judicial para realização do procedimento, segundo a legislação (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento das leis e a estruturação de serviços de aborto ocorreram de maneira muito morosa. Em 1940, o Código Penal determinou a isenção de punição para o aborto em casos de gestação decorrente de estupro e gravidez com risco a vida da mãe, porém a estruturação do primeiro serviço de aborto legal ocorreu somente em 1989, quando foi iniciado o serviço no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, em São Paulo. Desde então, houve a ampliação gradual do número de instituições referenciadas para realização de abortamento legal. Contudo, ainda há importantes barreiras de acesso aos serviços existentes, como a distribuição de maneira desigual nas diferentes regiões do país, havendo ainda escassez de acesso

a serviços bem estruturados na maioria dos municípios brasileiros (MADEIRO, 2016) (JACOBS, 2021).

O estudo mais recente de mapeamento da oferta do serviço de aborto legal e sua distribuição foi realizado em 2022 e denominado “O Mapa do Aborto Legal”. Este estudo elencou 73 serviços de saúde distribuídos regionalmente em 2 instituições na região Norte, 24 localizados na região Nordeste, 6 serviços na região Centro Oeste, 29 no Sudeste e 12 na região Sul do país. Esses dados ressaltam o baixo número de serviços disponíveis e a disparidade entre as regiões (ARTIGO 19, 2022). Essa barreira geográfica de acesso interage com fatores financeiros e organizacionais, atingindo, dessa forma, grupos populacionais de maneira distinta.

Além da disparidade do número de serviços entre regiões, esse estudo resalta a redução do número de locais que realizam aborto legal quando comparado com um estudo de 2019, realizado com o mesmo objetivo de mapeamento e com metodologia semelhante. Em 2019 encontrou-se 101 estabelecimentos cadastrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei (SRIGCPL) e 251 locais com registros de realização de aborto por razões médicas e legais no Sistema de Informações Ambulatoriais ou Hospitalares (SIA e SIH). Após retiradas as intersecções, foram encontrados no total 290 serviços que estavam cadastrados ou que realizaram aborto no último ano (JACOBS, 2019).

A limitação do acesso não se restringe apenas à escassez de unidades disponíveis e sua distribuição desigual, mas também se estende à limitação da priorização deste tipo de atendimento. Um estudo nacional, conduzido pelo pesquisador Alberto Diniz, buscou analisar os serviços de aborto legal no período de 2013 a 2015. Nesses anos, o Ministério da Saúde listava 68 instituições que realizavam o serviço de aborto legal em território nacional e todos responderam possuir equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social em seu quadro de colaboradores. Entretanto, somente 2 instituições relataram que esses profissionais eram treinados para o atendimento à mulher que deseja a interrupção da gestação (MADEIRO, 2016).

Somado ao fato de não haver equipe especializada para prestar atendimento à realização do aborto legal, há ainda o agravante da dificuldade dos serviços de encontrar profissionais de saúde que se dispõem a prestar tal assistência. Muitos profissionais não consentem em prestar tal cuidado devido ao estigma de

serem conhecidos como “aborteiros”, pelo medo de serem processados ou ainda por objeção de consciência moral ou religiosa (JACOBS, 2019).

Para avaliar se os serviços de aborto legal existentes atendem adequadamente às necessidades da população, é crucial analisar a discrepância entre os abortos legais realizados e a demanda potencial não atendida. Considerando que a gravidez resultante de abuso sexual é a causa mais frequente de aborto legal no Brasil, essa relação será examinada sob esse critério.

Em 2020, o 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública registrou 60.926 casos de estupro e estupro de vulnerável, sendo importante destacar sua significativa subnotificação, com estimativa de que apenas 10% desses casos sejam reportados. Temos ainda que, segundo nota técnica elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 7,1% dos casos de estupro de mulheres maiores de 17 anos resultam em gravidez, porcentagem que sobe para 15% em se tratando de adolescentes entre 14 e 17 anos de idade (FBSP, 2022).

Conforme as diretrizes estabelecidas na Norma Técnica do Ministério da Saúde, que aborda a prevenção e tratamento dos impactos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, a probabilidade de ocorrência de gravidez em decorrência de agressão sexual varia de 0,5% a 5%, dependendo de diversos fatores. Essas variáveis incluem a idade da pessoa agredida, a coincidência com o período de fertilidade, a natureza isolada ou recorrente da violência e o uso de métodos contraceptivos pela vítima (NUNES e MORAIS, 2017).

Outro aspecto relevante observado na Norma Técnica do Ministério da Saúde é que, entre as vítimas adultas que engravidaram como resultado de violência sexual, 19,3% acessaram o procedimento de interrupção legal da gestação. Já entre as adolescentes e crianças, esse percentual foi de 10,6% (NUNES e MORAIS, 2017). O estudo não se aprofunda nas justificativas para essas porcentagens e não é possível concluir se a baixa porcentagem de realização de aborto legal tem relação com barreiras de acesso, contudo, esse é um dado importante no que diz respeito à utilização dos serviços de aborto.

Outro importante aspecto a ser analisado em relação à dificuldade do acesso ao aborto seguro é a quantidade de complicações resultantes do procedimento, quando realizado de maneira insegura. Segundo dados da OMS de 1995-2000, a taxa mundial de mortalidade associada ao aborto inseguro é provavelmente 700 vezes

maior que as taxas relacionadas com aborto legal nos EUA e, que em certas regiões do mundo, esta taxa pode estar elevada em cerca de mil vezes. No Brasil, o aborto inseguro é responsável anualmente por aproximadamente 250 mil hospitalizações e 15 mil complicações, incluindo aborto incompleto com retenção de tecido fetal, infecções, perfurações uterinas, lesões em órgãos adjacentes e hemorragias, além de 5 mil complicações graves e 203 mortes. No entanto, é possível que esses números sejam ainda maiores, pois há falhas no registro das declarações de óbito relacionadas ao abortamento, além de uma subnotificação significativa (DINIZ, 2016).

O cenário de alta frequência do aborto inseguro e suas complicações também foi demonstrado na “Pesquisa Nacional de Aborto” realizada em 2021, conduzida com 2000 mulheres com idades entre 18 e 39 anos, que demonstrou que 10% delas realizaram ao menos um procedimento de interrupção da gravidez em suas vidas, sendo que 43% delas necessitaram de internação hospitalar para concluir o procedimento e 52% tinham menos de 19 anos na primeira ocasião. Observou-se taxas mais elevadas de complicações entre mulheres com menor nível educacional, pertencentes a grupos étnicos minoritários, como negras e indígenas, e residentes em regiões economicamente desfavorecidas (DINIZ, 2021).

Dentro de tal contexto, o aborto tem figurado como uma das principais causas de mortalidade materna nos últimos anos. A relação entre leis restritivas e a ocorrência de abortos inseguros já foi estabelecida pela literatura e é uma realidade no Brasil, sendo necessário abordar o tema sob a perspectiva da saúde pública (GIUGLIANI, 2019). A saúde pública é definida como o esforço organizado da comunidade, seja por meio do governo ou de instituições, para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e da população (DOLABELLA, 2011).

O Código Penal é definido como o conjunto de normas jurídicas que regulam o poder punitivo do Estado, definindo crimes e a eles vinculando penas ou medidas de segurança e não pretende ter respostas de problemas relacionados a temas de saúde (BRASIL, 2017). Contudo, é o Código Penal que atualmente ocupa a centralidade do debate sobre o aborto quando, na verdade, esse protagonismo deveria ser da Saúde Pública.

Essas questões fundamentais voltaram a ser discutidas pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442, que visa a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Este debate, especialmente após o voto

favorável da Ministra Rosa Weber em 2023 pela descriminalização do aborto até a 12ª semana, novamente ocupa uma posição central no debate público, chamando atenção inclusive para necessidade de uma melhor compreensão acerca dos serviços de aborto legal no Brasil (WEBER, 2023).

Sendo assim, este estudo, tem como objetivo geral analisar os fatores relacionados às dificuldades de acesso ao aborto legal no Brasil. Seus objetivos específicos são examinar como se encontra a disponibilidade do procedimento em território nacional, os fatores institucionais que influenciam as possibilidades de acesso ao mesmo e se há grupos de mulheres afetados de forma diferenciada pelas restrições de acesso ao procedimento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão narrativa de literatura. Os textos de revisão narrativa são publicações abrangentes, adequadas para descrever e debater o progresso ou o "estado da arte" de um determinado tópico, do ponto de vista teórico ou contextual. Essas revisões não mencionam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para buscar referências, nem os critérios utilizados para avaliar e selecionar os trabalhos. Elas consistem principalmente na análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, com a interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Neste estudo, adotamos uma metodologia qualitativa e descritiva. Para isso, foi adotada uma abordagem interdisciplinar e interseccional, integrando perspectivas de diferentes áreas como direito, saúde pública e ciências sociais.

Em uma primeira etapa, realizou-se um estudo de revisão de literatura por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e MEDLINE. A busca dos estudos ocorreu a partir dos descritores: aborto, barreira ao acesso aos cuidados de saúde, direitos sexuais e reprodutivo, atenção primária à saúde.

A pesquisa estendeu-se, ainda, a textos do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Anis - Instituto de Bioética, Código Penal, Normas Técnicas e documentos nacionais e internacionais concernentes ao tema não identificados naquelas bases de dados. Por fim, consultou-se livros-texto consagrados referentes à atenção primária à saúde e medicina de família e comunidade, a fim de realizar a intersecção entre os temas. Foram selecionados textos segundo os critérios de relevância ao tema e possibilidade de contribuição ao alcance dos objetivos, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem delimitação de formato ou data de publicação.

3. DISCUSSÃO

Para compreender o atual cenário de acesso ao aborto legal, parte-se da descrição dos casos previstos pela legislação brasileira - aborto em decorrência de violência sexual, "aborto terapêutico" e anencefalia fetal -, contextualizando-os do ponto de vista jurídico e normativo. Em seguida, prossegue-se com a descrição e análise dos fatores implicados nas barreiras de acesso ao aborto, mesmo nos casos supracitados, para as mulheres brasileiras. Posteriormente aborda-se como as barreiras de acesso atingem diferentes grupos. Por fim, delinea-se a potência da APS como locus de intervenção a este grave problema de saúde pública.

3.1 Aspectos legais e técnicos da realização do aborto no Brasil

3.1.1 Aborto em caso de gravidez decorrente de violência sexual

Em 1940, o Código Penal estabeleceu a isenção de punição para o aborto em casos de gravidez resultante de violência sexual e quando há risco à vida da mãe (BRASIL, 2017). No entanto, apenas em 1999, mais de 50 anos após essa determinação, foi instituída a primeira normatização nacional sobre o procedimento através da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, que passou a orientar o funcionamento dos serviços de aborto legal para casos de violência sexual (BRASIL, 1999).

Esta Norma Técnica, atualmente em sua versão atualizada de 2012, é um protocolo de organização e operacionalização da atenção à saúde de mulheres e adolescentes que tenham sofrido violência sexual. Em sua versão inicial, de 1999, este documento estabelecia o direito da vítima de violência sexual a acessar exames, tratamentos curativos e profiláticos adequados para Infecções Sexualmente Transmissíveis. Incluía também atendimento psicossocial, acesso à anticoncepção de emergência e ao aborto. Nos casos de gravidez decorrente de estupro, caso seja vontade da vítima ou de seu representante legal, o acesso ao aborto deveria ser garantido sem a necessidade de autorização judicial, porém nesta época tinha-se a exigência do Boletim de Ocorrência (BO), apesar de nunca ter havido essa determinação na legislação brasileira (BRASIL, 1999).

A exigência do Boletim de Ocorrência foi revogada pela 2ª edição da Norma Técnica, em 2005, na qual constava que:

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada à apresentação deste. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento, caso a mulher não possa apresentá-los (BRASIL, 2005).

Atualmente, para a realização do aborto legal em caso de violência sexual, é necessária a assinatura de três documentos pela vítima ou por seus responsáveis legais. O primeiro é o Termo de Relato Circunstanciado, que consiste na descrição da violência sexual sofrida. Outro documento exigido é o Termo de Responsabilidade, no qual se declara legítima expressão da verdade as informações prestadas para a equipe de saúde. Por último, é necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que formaliza a anuência aos cuidados e procedimentos necessários. Enfatiza-se que, para a legitimidade do TCLE, é importante que a pessoa não esteja sob nenhum tipo de pressão, coação ou constrangimento físico e psicológico para que o consentimento seja considerado livre e, para ser considerado esclarecido, é necessário que as informações sejam fornecidas de maneira clara e acessível (BRASIL, 2012).

Apesar da extinção da exigência do Boletim de Ocorrência na reformulação da Norma Técnica no ano de 2005, um estudo de mapeamento dos serviços de aborto legal no Brasil, realizado em 2022, identificou que 20 estabelecimentos de saúde, dentre os 73 que afirmavam realizar o procedimento, insistiam na necessidade de apresentação do BO, ou mesmo de uma Ordem Judicial, para que o procedimento fosse realizado (ARTIGO 19, 2022). Atrelar o acesso ao aborto legal à denúncia policial é uma importante forma de restringir o acesso ao procedimento. Estima-se que

no Brasil ocorram 822 mil casos de estupro anualmente e que desse total apenas 8,5% são alvo de denúncia (FERREIRA, 2023).

Múltiplos fatores contribuem para a não denúncia por parte das vítimas. Estes incluem a dependência emocional e financeira dos agressores, que são na maioria das vezes companheiros, ex companheiros e familiares, (FERREIRA, 2023) o temor de enfrentar novos episódios de violência, a ausência de suporte familiar e a falta de confiança nas instituições públicas encarregadas de lidar com a violência contra a mulher (SILVA, 2018). Enfatiza-se, portanto, que a permanência da exigência de Boletim de Ocorrência em alguns serviços de saúde como pré-requisito para realização do aborto legal configura uma revitimização, além de desconsiderar os aspectos subjacentes à possível ausência de denúncia, sendo contrária à lei e funcionando como empecilho para o acesso ao aborto legal.

3.1.2 Aborto terapêutico

O “aborto terapêutico”, também chamado de “interrupção médica da gestação”, é realizado quando há risco de morte materna e conduzido quando se há clareza de que interromper a gravidez é a medida mais apropriada para preservar a vida da mulher. A realização desse tipo de abortamento também é considerada legal no Brasil desde 1940, não possuindo uma normatização específica até o momento. Para a realização desse procedimento, é essencial a avaliação de, no mínimo, dois profissionais: um obstetra e um clínico. De maneira ideal, busca-se a opinião de um médico especializado na doença ou agravo que motive, naquela situação específica, a necessidade de interrupção (ROSAS, 2019).

Não há, contudo, uma especificação satisfatória na legislação ou nos manuais de aborto legal e de assistência pré-natal do aumento dos riscos a vida além dos habituais que configuram critério para se avaliar a autorização do procedimento (RIBEIRO, 2011).

A Norma Técnica de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde cita algumas condições de alto risco materno para avaliação da indicação de interrupção da gravidez: pré-eclâmpsia grave distante do termo, ruptura prematura de membranas antes de 24 semanas, gestação de fetos portadores de anomalias letais que podem colocar em risco a segurança materna, gestante portadora de cardiopatia grave e tratamento oncológico durante a gestação. Contudo, a falta de documentos

orientadores para a avaliação desse risco é uma limitação, tornando a decisão entre manter uma gestação até o termo ou interrompê-la mais suscetível às moralidades individuais imbuídas na prática dos médicos assistentes (RIBEIRO, 2011) (BRASIL, 2010)

Nos Estados Unidos, estudos identificaram que as leis possuem uma linguagem relativamente vaga, não especificando o que qualifica como a vida da mãe como estando em perigo, o grau de risco de morte e quão iminente deve ser a ameaça antes que um provedor de cuidados possa agir. Desta forma, o risco de vida em prosseguir com a gestação em relação ao risco da realização do aborto não é bem definido, especialmente em estados com leis mais restritivas ao aborto, onde a interrupção da gestação é permitida em casos de risco à vida da mãe (KEKATOS, 2022).

As leis antiaborto carecem de critérios claros para a realização do procedimento em situações de risco de morte para a mulher, gerando complexidades éticas para os médicos ao lidar com pacientes que têm condições médicas sérias, como problemas cardíacos graves. A ausência de definição legal cria dilemas para os profissionais de saúde, que podem ficar indecisos quanto à intervenção necessária antes que o risco atinja níveis críticos. Um exemplo concreto ilustra esse desafio quando uma paciente grávida enfrenta uma condição cardíaca severa, em que, embora o risco imediato seja considerado moderado, ele aumenta progressivamente durante a gestação, tornando-se uma ameaça crescente à vida da paciente. A decisão médica central se concentra na escolha entre aguardar até que a paciente esteja em iminente perigo de vida ou intervir precocemente para evitar danos irreversíveis (KEKATOS, 2022).

A falta de estruturação de critérios atribui ao médico um papel central na determinação do nível de risco considerado aceitável para justificar a interrupção da gravidez, assumindo-se geralmente que tal risco deve ser significativamente elevado para validar a decisão pelo aborto. Com frequência, essa análise e tomada de decisão ocorrem de maneira unilateral, com pouca interação com a mulher que, muitas vezes, não é consultada sobre o grau de risco adicional que ela está disposta a enfrentar para prosseguir com a gestação, cerceando à gestante o direito de avaliar a sua própria condição de risco (RIBEIRO, 2011).

A avaliação de risco é uma tarefa desafiadora, pois tal conceito está associado a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre claramente definido. Além disso, a análise biomédica do que é considerada gestação de risco concentra-se principalmente em intercorrências clínicas, adotando-se assim uma abordagem reducionista no tratamento dos fatores de risco de natureza social, que são mais complexos e menos precisos do que os fenômenos clinicamente manifestos, podendo resultar em mais barreiras para o acesso ao aborto legal (RIBEIRO, 2011). No contexto brasileiro, o aborto terapêutico costuma ser realizado em estágios avançados da gestação, já em situações extremas, o que se relaciona com o significativo número de mortes maternas por causas indiretas no país. Estas causas são aquelas resultantes de doenças que existiam antes da gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez ou que se desenvolveram durante esse período. São diferentes das que configuram causas obstétricas diretas, aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério em decorrência de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer das causas acima mencionadas (ROSAS, 2019).

Diante dessas considerações, torna-se imperativo fomentar uma discussão científica e baseada em evidências sobre o tema. Os dados sobre a mortalidade materna evidenciam a urgência de elaboração de documentos e diretrizes sobre o aborto em caso de risco à vida mãe. A construção de uma Norma Técnica específica para orientar condutas médicas e decisões das pacientes em relação ao "aborto terapêutico" é crucial. Além disso, é fundamental que essas informações estejam incorporadas nos protocolos de pré-natal brasileiros, visando assegurar o direito à vida e à saúde das gestantes em situações de risco. A inclusão dessas orientações nos protocolos poderia ser de grande contribuição para a garantia da autonomia e do respeito aos direitos reprodutivos das mulheres.

3.1.3 Aborto em caso de anencefalia fetal

O aborto legal em decorrência de anencefalia fetal teve sua descriminalização regulamentada em 2012 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), após anos de espera para seu julgamento. Em 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) formalizou ao STF a solicitação para remover a antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos da tipificação de crime de aborto previsto

no Código Penal. No entanto, o julgamento dessa questão só ocorreu em 12 de abril de 2012, marcando a conclusão da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 17 de junho de 2004 (ADPF-54). Nesse julgamento, foi dispensada a necessidade de autorização prévia do judiciário para a realização da interrupção terapêutica induzida da gravidez de um feto anencéfalo (CFM, 2012).

O objetivo principal da aprovação da descriminalização da interrupção da gravidez com um feto anencéfalo foi retirar essa decisão do âmbito estritamente jurídico para transformá-la em um protocolo integrante dos programas de atenção à saúde da mulher. Isso exigiu do Conselho Federal de Medicina (CFM) a definição dos critérios médicos para o diagnóstico dessa malformação fetal, bem como a criação de diretrizes específicas para a assistência médica à gestante. Desta forma, foi determinado pelo CFM em 10 de maio de 2012 que:

Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Art. 2º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter:

I – Duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável;

II – Laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

Art. 3º Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir (CFM, 2012).

Mesmo após a regulamentação da descriminalização do aborto em casos de fetos anencéfalos, a realização deste procedimento exige adequações estruturais devido às especificidades dessas situações. Comumente, o diagnóstico é tardio, levando a intervenções também tardias, que demandam técnicas mais complexas e uma infraestrutura hospitalar específica. Em 2021, foi conduzido um estudo em São

Paulo com o objetivo de identificar os hospitais e maternidades que contavam com estrutura adequada e equipe devidamente qualificada para realizar procedimentos de aborto legal em casos de gestação com risco para a vida da mulher e anencefalia. Os achados deste estudo enfatizaram a dificuldade de mapeamento e divulgação dos serviços que atendem essas situações conforme previsto na legislação brasileira, sendo essa uma outra barreira de acesso importante. (SANTANA, 2021).

3.1.4 Limitação da realização do aborto de acordo com o tempo gestacional

Outro potencial impedimento para a realização do aborto, mesmo em casos previstos em lei, é a restrição do procedimento por idade gestacional. Desde sua primeira instituição em 1940, o Código Penal não estabelece um limite de idade gestacional para nenhum dos casos previstos em lei (BRASIL, 2017). No entanto, a ainda vigente Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2012 recomenda limitar a realização do aborto a casos com menos de 22 semanas de idade gestacional ou quando o feto tiver o peso estimado de no máximo 500g. Em casos de desejo de interrupção com idade gestacional após esse período, segundo a Norma Técnica, a mulher deveria ser informada da impossibilidade de atender à solicitação do abortamento e aconselhada a realizar acompanhamento pré-natal especializado, com facilitação do acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar (BRASIL, 2012).

Essa determinação de idade gestacional limite para a realização do aborto não possui respaldo legal e carece de evidências científicas para seu embasamento clínico, uma vez que há métodos de interrupção da gestação que são seguros para cada estágio, inclusive os mais avançados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em suas diretrizes sobre cuidados ao aborto, enfatiza que a gravidez pode ser interrompida com segurança independentemente da idade gestacional. Destaca ainda que restrições legais e institucionais ao aborto seguro consistem em grave violação dos direitos humanos das mulheres (WHO, 2022).

Além disso, a limitação por idade gestacional relaciona-se com um aumento de casos em que se prossegue com uma gravidez indesejada, causando sofrimento substancial às mulheres nesta situação. É importante ressaltar que essa restrição relacionada à idade gestacional não afeta igualmente todas as mulheres, sendo mais impactadas as mulheres com deficiências cognitivas, adolescentes, mulheres mais

jovens, mulheres que vivem longe de serviços de saúde que oferecem o procedimento, mulheres que necessitam viajar para fazer um aborto, aquelas com menor nível de escolaridade, que enfrentam dificuldades financeiras ou que estejam desempregadas. Elas tendem a demorar mais para conseguir acesso ao serviço e podem buscá-los com idade gestacional mais avançada (WHO,2022).

A recomendação feita pela Norma Técnica relativa à idade gestacional limítrofe para realização do aborto legal se insere em fatores que impactam na garantia de acesso ao aborto legal. A limitação imposta por essa norma amplifica-se quando consideramos a influência adicional da distância geográfica, agravada pelas barreiras impostas por questões socioeconômicas. Essa intersecção de fatores cria um cenário desafiador, evidenciando obstáculos significativos para assegurar o direito em questão. Nesse sentido, é crucial abordar de maneira integrada esses elementos interdependentes, de modo que a acessibilidade aos serviços será o próximo tópico analisado (WHO,2022).

3.2 Acessibilidade aos Serviços de Saúde que realizam o procedimento

Para avaliar a acessibilidade ao aborto legal no Brasil é importante entender a oferta de serviços que realizam a interrupção da gestação de maneira legal e como eles estão distribuídos no território. A normatização dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL) ocorreu em 2014, com a Portaria nº 485 do Ministério da Saúde. Nesse documento foi determinado que esses serviços podem ser organizados em hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento e serviços de urgência não hospitalares com funcionamento ininterrupto. Isso faz com que a oferta de aborto previsto em lei seja limitada a serviços de maior densidade tecnológica (JACOBS, 2019).

Em agosto de 2019, um estudo foi conduzido com a finalidade de mapear esses serviços. Foram elencados os Serviços de Referência em Interrupção da Gravidez por Causa Prevista (SRIGCP) registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Também foram considerados os locais que efetuaram registros de abortos por razões médicas e legais em 2019, mesmo não estando cadastrados como serviços de referência (JACOBS, 2019).

No ano em questão, 101 locais estavam registrados como Serviços de Referência em Interrupção da Gravidez por Causa Prevista (SRIGCPL) e 251 estabelecimentos possuíam registros de realização de aborto por razões médicas e legais nesse ano. Dentre os 101 registrados como SRIGCPL, constatou-se que 39 deles, correspondendo a 38,6%, não realizaram qualquer procedimento de interrupção de gestação durante o ano de 2019. Por outro lado, dos 251 estabelecimentos que realizaram algum tipo de aborto por razões médicas e legais nesse período, somente 24,7% (64 em número absoluto) estavam registrados como serviço de referência. A análise revelou que a maioria dos serviços que efetuaram abortos durante aquele ano não estava registrada como SRIGCPL e que mais de 1/3 dos SRIGCPL não realizaram nenhum procedimento ao longo do ano (JACOBS, 2019). Esses dados mostram que muitos dos serviços colocados como referência não fazem o procedimento e muitos daqueles que não registrados como SRIGCPL fazem aborto.

A importância do cadastro como Serviço de Referência em Interrupção da Gravidez por Causas Previstas relaciona-se com a importância do mapeamento como instrumento de ampliação de acesso. Sem o mapeamento adequado, pode haver atraso na realização do aborto, subutilização de serviços não elencados como referência, gastos financeiros públicos e/ou pessoais de deslocamento sem que se acesse o procedimento e, por fim, redução da acesso ao direito de interrupção da gestação (JACOBS, 2019).

Este estudo destaca também que a prestação de serviços de aborto legal ocorre predominantemente em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) alto ou muito alto, em localidades com população superior a 100 mil habitantes e majoritariamente da Região Sudeste. Desta forma, em apenas 3,6% dos municípios brasileiros em 2019 havia a prestação do serviço de aborto, resultando em 58,3% das mulheres em idade fértil (37.590.491) residindo em municípios onde o aborto previsto em lei não estava disponível. Outra importante análise realizada nesse estudo é que as mulheres residentes em municípios com oferta do serviço realizaram 4,8 vezes mais abortos do que aquelas em municípios sem essa oferta (JACOBS, 2019).

Uma pesquisa semelhante foi realizada em 2021, com a mesma finalidade de mapeamento dos serviços de aborto legal no Brasil e utilizando metodologia distinta

do estudo citado de 2019. Os dados foram retirados da lista do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e levou em consideração locais que registraram o procedimento realizado por razões médicas e legais. Diferentemente do estudo anterior, também foram buscadas informações diretamente com médicos que fazem parte da Rede Médica pelo Direito de Decidir, que atuam na defesa dos direitos e cuidados em saúde sexual e reprodutiva, incluindo o aborto seguro. Outra diferença metodológica entre os dois estudos é que nesse, houve confirmação da realização de aborto por via telefônica e e-mail (ARTIGO 19, 2022).

Neste estudo, encontrou-se resultados distintos dos demonstrados pelo mapeamento de 2019. Foram inicialmente identificados 115 hospitais a partir da lista disponibilizada pelo Ministério da Saúde, sendo essa atualizada de acordo com CNES. Por meio da lista de procedimentos com o registro de aborto legal constatou-se a inclusão de 43 hospitais. Além disso, a Rede Médica contribuiu com informações sobre 34 hospitais. Após exclusão de duplicidades chegou-se ao número de 132 equipamentos de saúde que realizam aborto legal no Brasil. Por meio de contato telefônico para confirmação da prática de aborto, foi possível concluir que, naquele ano, um total de 73 hospitais afirmavam realizar esse procedimento de acordo com as normativas legais vigentes, os hospitais que não foram incluídos nos resultados finais ou negaram por telefone realizar o aborto ou não responderam ao contato (ARTIGO 19, 2022)

A notável diminuição no número de serviços de aborto entre 2019 e 2021 ao comparar-se os dois estudos destaca a importância de investigar possíveis alterações na disponibilidade e na operacionalização desses serviços durante o período. É essencial avaliar se essa redução está associada ao cenário da pandemia de COVID-19, que coincide com o período em análise, ou se as discrepâncias nas metodologias dos estudos foram responsáveis pela diferença notada no número de serviços identificados. Essa análise emerge como um aspecto crucial na compreensão das barreiras de acesso aos serviços de aborto e das questões pertinentes ao aborto legal no contexto da pandemia, temas que serão explorados mais adiante neste estudo.

A distância percorrida para acessar os serviços de saúde é de essencial importância para a análise dos processos de cuidado, o que também inclui os cuidados ao aborto. Vários estudos corroboram essa visão, mostrando que distâncias maiores até os centros de aborto estão correlacionadas com aumento nos custos

diretos associados, maior dificuldade para chegar às clínicas, impactos negativos na saúde mental, atrasos nos cuidados, aumento no tempo médio da idade gestacional no momento do aborto e uma redução geral no uso dos serviços especializados em interrupção de gestações. Em 2016, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos destacou a relevância dessa barreira ao afirmar que aumentar as distâncias de deslocamento pode impor um fardo significativo no acesso ao aborto seguro (FUENTES, 2019) (PLEASANTS, 2022).

Uma estratégia para superar a barreira da distância no acesso ao aborto é a possibilidade de obtenção e fornecimento do aborto medicamentoso em diversos serviços dentro do sistema de saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde, que apresenta significativa capilaridade no território brasileiro, configurando porta de entradas pessoas na rede de cuidado do Sistema Único de Saúde (MAIA, 2021). Isso contrasta com a centralização da oferta do serviço no Brasil em centros de alta densidade tecnológica, como hospitais e maternidades.

Outra possível estratégia de ampliação do acesso apesar da distância física é o uso de interações remotas entre a pessoa que busca o aborto e um profissional de saúde. Há evidências favoráveis para respaldar o uso da telemedicina como alternativa às interações presenciais na prestação de aborto medicamentoso (WHO, 2022). Estudos comparativos entre a telemedicina e serviços presenciais de cuidado medicamentoso não revelaram diferenças nas taxas de sucesso do aborto. O encaminhamento para intervenção cirúrgica foram menos frequentes entre as mulheres que utilizaram a telemedicina, e a satisfação com os serviços de telemedicina foi alta, comparável aos serviços clínicos convencionais (WHO, 2022).

O autogerenciamento do aborto é uma prática respaldada por Diretrizes da OMS sobre cuidados relacionados ao aborto com a possibilidade de autogestão do procedimento por meio do uso dos medicamentos (combinação de misoprostol e mifepristona ou misoprostol isolado) até 12 semanas de gestação. Os elementos envolvidos no processo de aborto incluem a autoavaliação de elegibilidade, a autoadministração de medicamentos e a autoavaliação do sucesso do aborto. As mulheres têm a possibilidade de conduzir o processo por conta própria, seja em sua totalidade, ou em parte. No entanto, é mais comum que o autogerenciamento coexista com interações com profissionais de saúde treinados ou em uma instalação de saúde (WHO, 2022). Esse procedimento é considerado seguro quando envolve critérios de

seleção, orientações detalhadas prévias, disponibilidade de monitoramento remoto e encaminhamento para serviços especializados, se necessário ou desejado pela mulher (MAIA, 2021) (WHO, 2022).

É essencial destacar que, do ponto de vista do sistema de saúde, o autogerenciamento não deve ser encarado como uma opção de "último recurso" ou um substituto para um sistema de saúde disfuncional. Pelo contrário, o autogerenciamento deve ser reconhecido como uma extensão potencialmente capacitadora e ativa do sistema de saúde, alinhando-se às abordagens de compartilhamento de tarefas. Ele pode ser utilizado como uma estratégia para superar a barreira da distância, juntamente com a descentralização dos serviços de aborto legal (WHO, 2022). No entanto, é importante notar que essa possibilidade encontra obstáculos na restrição de acesso a medicamentos, tema que será abordado no próximo tópico deste estudo.

3.3 Acesso Restrito a Medicação

O Misoprostol foi introduzido no mercado brasileiro em 1986, inicialmente para o tratamento de úlcera gástrica. Até o ano de 1991 sua venda era permitida nas farmácias. Durante esse período de venda livre, tornou-se conhecido como um método abortivo eficaz. A forma como a função abortiva da medicação foi descoberta ainda é pouco elucidada nos estudos, mas existem algumas pesquisas que indicam que, na região Nordeste, mulheres com a ajuda de farmacêuticos descobriram o potencial abortivo do misoprostol. Em pouco tempo, a medicação ganhou visibilidade e passou a ser escolhida como método abortivo preferido por muitas mulheres por ser mais acessível financeiramente do que clínicas privadas, por ter menor potencial de risco à saúde e por promover mais privacidade ao poder ser usado em ambientes domésticos (BRASIL, 2009).

No início da década de 1990, o uso da medicação como abortivo já era considerado um conhecimento difundido. Nesse contexto, um estudo buscou correlacionar o volume de vendas do misoprostol, o número de internações por indução de aborto e a mortalidade materna por aborto induzido. Encontrou-se que, apesar do número de vendas de misoprostol ter triplicado no período estudado, não houve aumento absoluto nos atendimentos pós-aborto, mas sim uma queda na morbimortalidade associada ao procedimento. Desta forma, pode-se relacionar a

melhora da segurança dos procedimentos de aborto com o uso da medicação (BRASIL, 2009).

No contexto de aumento do uso do misoprostol, pesquisas clínicas foram iniciadas para explorar a relação entre o misoprostol e má-formação fetal. Contudo, as metodologias dos estudos pioneiros foram dificultadas pela ilegalidade na qual o medicamento era utilizado e a alta frequência de uso concomitante do misoprostol com outros métodos abortivos. Entretanto, apesar da falta de evidência científica robusta, a tese sobre teratogenia ganhou destaque e foi assumindo patamar de diagnóstico médico no Brasil. Atualmente, há um razoável consenso na literatura de que, quando não é suficiente para induzir o aborto, o misoprostol aumenta as chances de má-formação (BRASIL, 2009).

Em 1998, o misoprostol passou a ser considerado medicamento sujeito a controle especial e sua dispensação foi regulamentada pela Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. Essa portaria condiciona a aquisição e uso do misoprostol a estabelecimentos hospitalares, sendo que essa restrição se deve menos a contraindicações medicamentosas e mais à intenção de controle estatal da prática do aborto nos casos fora das hipóteses legalmente previstas (MAIA, 2021).

A Lista Modelo da OMS de Medicamentos Essenciais inclui os medicamentos mínimos necessários para um sistema básico de saúde, listando os medicamentos mais eficazes, seguros e economicamente viáveis para condições prioritárias. Tanto a mifepristona quanto o misoprostol foram incluídos nas Listas Modelo da OMS de Medicamentos Essenciais desde 2005. Em 2019, o requisito de "supervisão médica próxima" para seu uso foi removido, destacando a possibilidade da realização ambulatorial ou doméstica do procedimento (MOREL, 2020).

Apesar disso, o Brasil segue entre os países que possuem maior restrição de acesso ao aborto farmacológico no mundo e o único país da América Latina no qual o misoprostol não está disponível para venda em farmácias ou em outros serviços de saúde que não hospitalares. Além disso, a mifepristona, um medicamento que aumenta a eficácia do aborto quando combinado com o misoprostol, ainda não foi aprovada para uso no Brasil (DOMINGUEZ, 2022)

A atual restrição de acesso ao aborto medicamentoso ao ambiente hospitalar representa uma barreira significativa ao acesso ao aborto legal no Brasil. Essa

limitação não apenas impõe desafios à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, mas também resulta em custos elevados de internação para o uso da medicação, apesar de ser segura para autoadministração até 12 semanas de gestação. A restrição existente está intrinsecamente ligada à manutenção de práticas inseguras de interrupção da gestação, mesmo em face de evidências científicas que confirmam a eficácia do misoprostol e sua capacidade comprovada de salvar vidas (MOREL, 2020).

Diante desse cenário, urge a necessidade de um avanço na legislação brasileira para tornar a medicação mais acessível. Essa medida não apenas alinhará o país com padrões internacionais de saúde reprodutiva, mas também representará um passo crucial para garantir plenamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. A autogestão segura do aborto medicamentoso é uma opção respaldada por evidências, e sua disponibilidade mais ampla é crucial para promover a saúde e o bem-estar das mulheres no Brasil.

3.4 Aborto e a pandemia de Covid-19

Durante a pandemia, a capacidade de leitos dos hospitais chegou ao limite em todos os países e, de maneira mais trágica, em países em desenvolvimento. Como forma de lidar com tal cenário, procedimentos eletivos foram adiados para períodos em que o número de internações estivesse mais bem controlado. Nesse contexto, contrariando diretrizes de organizações de saúde pública, muitos hospitais passaram a tratar o aborto como um procedimento eletivo. Entretanto, neste caso, o adiamento implica em aumento da complexidade processual, maiores riscos associado à saúde física e mental das mulheres, custos mais elevados para o sistema de saúde e inviabilização de algumas interrupções, uma vez que muitos serviços adotam a idade gestacional limite de 22 semanas para realização de aborto, como sugerido pela Norma Técnica (PILECCO, 2021)

No contexto brasileiro, houve uma demora por parte do Ministério da Saúde em definir uma posição oficial em relação à saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia de COVID-19. Inicialmente, em Notas Técnicas, a atenção às mulheres foi limitada ao ciclo gravídico-puerperal, excluindo aspectos relacionados à contracepção e ao aborto. Posteriormente, em 1º de maio de 2020, uma nova Nota Técnica

reconheceu os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o aborto legal, como essenciais. Contudo, essa posição foi revertida apenas três dias depois, após intervenção de instâncias superiores do governo federal. Assim, o governo brasileiro, em sua postura conservadora contrária aos direitos reprodutivos das mulheres, reafirmou sua posição (PILECCO, 2021)

Uma pesquisa conduzida pela ONG ARTIGO 19, pela revista Az Mina e pela página Gênero e Número evidenciou que os serviços de aborto que já eram escassos e concentrados em grandes centros urbanos antes da pandemia, passou a enfrentar ainda mais desafios nesse período. Dos 76 hospitais que declararam realizar procedimentos de aborto em 2019, apenas 55% estavam em funcionamento durante a pandemia para essa finalidade. Essa redução importante aconteceu em um momento no qual a violência física e sexual contra mulheres aumentou durante o isolamento social provocado pela pandemia de covid-19 (SILVA, 2020).

Diante dessas limitações, durante a pandemia de COVID 19 em 2021, a Ginecologista, obstetra, pesquisadora e professora da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Helena Paro, criou o primeiro serviço de aborto legal por telemedicina do país. Tal serviço foi instituído no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), visando a prestação de cuidado a grávidas vítimas de estupro, como parte do Núcleo de Atenção Integral às Vítimas de Agressão Sexual. A assistência ao aborto em casos de violência sexual ocorria de maneira remota, com monitoramento virtual pela equipe médica durante o tratamento medicamentoso no domicílio, bem como o acompanhamento pós-aborto (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2021).

A relevância deste projeto durante a pandemia está diretamente relacionada à intensificação das barreiras de acesso ao aborto legal nesse período. Essas barreiras foram acentuadas devido às diretrizes de restrição de deslocamento, exacerbadas pelo aumento da violência física e sexual contra mulheres. Este cenário foi documentado no relatório "A sombra da pandemia: violência contra mulheres e meninas e Covid-19", publicado pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) em abril de 2020. Na época, a ONU recomendou que os países adotassem medidas, incluindo o fortalecimento dos serviços de apoio às mulheres vítimas de violência, destacando a necessidade de considerar esses serviços como essenciais (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2021).

Após o lançamento do projeto e da cartilha “Aborto legal via telessaúde”, em 2021, Helena Paro, idealizadora do projeto, passou a sofrer retaliações e resistência de órgãos públicos como o Ministério Público, a Defensoria Pública e o Ministério da Saúde. Atualmente, sofre ainda um processo movido pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais que a acusa de infrações de artigos do código de ética médica, como “corromper os bons costumes”, “favorecer o crime” e “não utilizar os conhecimentos científicos em prol da saúde das pessoas”. (FONSECA, 2023).

3.5 Escassez de profissionais qualificados para a realização do aborto

A identificação de profissionais de saúde dispostos a atuar em serviços de interrupção legal da gravidez é um dos principais desafios para a implementação desse tipo de assistência na rede de saúde. Essas dificuldades podem ser atribuídas a diversos fatores, incluindo o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da legislação atual sobre a interrupção legal da gravidez e a forte influência dos valores ético-religiosos sobre esses profissionais, que muitas vezes têm dificuldade em separar a prática profissional de suas concepções e valores pessoais. Há também, um receio de sejam estigmatizados como "aborteiros" (ROCHA, 2015)

Um estudo realizado com ginecologistas e obstetras no Brasil em 2003 mostrou que 85% dos médicos concordavam com o direito das mulheres de interromper a gravidez decorrente de estupro, mas apenas 50% estavam disponíveis para realizar o aborto, muitos por objeção de consciência. A objeção de consciência é um direito individual do médico e está estabelecida no Código de Ética Médica, no qual consta:

§ I - Artigo VII: O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

§ II - Artigo II: É direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

§ II - artigo IX: É direito do médico recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2019).

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento reconhece o direito à objeção de consciência, contudo, enfatiza que é papel do médico garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Ademais esclarece que não cabe objeção de consciência nas seguintes situações:

I) Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher

II) Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);

III) No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratar de casos de urgência

(FRANÇA, 2005)

No estudo "Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica. Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal", destaca-se a preocupação dos autores de que o respeito à autonomia dos profissionais de saúde não comprometa o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, mas observa-se que essa conciliação muitas vezes não ocorre na prática. Embora teoricamente os direitos à objeção de consciência e ao aborto legal devam ser equilibrados, frequentemente há um desequilíbrio, prejudicando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRANCO, 2020).

A ausência de dados oficiais e institucionais sobre os números de recusa em atendimento em aborto por justificativa de objeção de consciência no Brasil é sintomática, pois o que não é registrado tende a ser negligenciado. As tentativas de impedir a realização do procedimento, incluindo recusas de atendimento, falta de encaminhamento para serviços ou profissionais habilitados e revitimização, contribuem para a desestruturação da rede, aumentando a busca por procedimentos clandestinos e, conseqüentemente, a mortalidade das mulheres (BRANCO, 2020).

As atitudes punitivas em relação ao aborto não são isoladas, mas fazem parte de uma complexa estrutura de controle dos corpos femininos. A objeção de

consciência está relacionada à vigilância, punição e estigmatização, não apenas de pacientes que buscam o cuidado, mas também dos profissionais envolvidos em sua assistência. O medo da estigmatização pelos pares se junta a um contexto cultural de repúdio ao direito ao aborto, sendo esse um fator agravante na dificuldade de haver profissionais dedicados a realização do procedimento dentro dos hospitais (BRANCO, 2020).

Há também receio por parte dos médicos de realizar um aborto que não seja decorrente de estupro. A exigência do Boletim de Ocorrência (BO) e do laudo do Instituto Médico Legal (IML) são estratégias inconstitucionais erroneamente aplicadas, às quais subjaz o descrédito à palavra da mulher vítima de violência. A este respeito, o Código Penal estabelece que a declaração da mulher que busca os serviços de saúde, afirmando ter sido vítima de violência, deve ser tratada com credibilidade, tanto do ponto de vista ético quanto legal, a partir da presunção de veracidade. Enfatiza-se que o objetivo do profissional é garantir o pleno exercício do direito à saúde e isso não deve ser confundido com o papel destinado a polícia de averiguar a veracidade dos fatos (BRASIL, 2012).

Além disso, caso após o procedimento de interrupção da gravidez, for revelado que a gestação não resultou de violência sexual, o Código Penal brasileiro, no artigo 20, § 1º, estabelece que "é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima". Dessa forma, a recusa do médico em realizar a interrupção da gravidez com o argumento de não saber se trataria de uma gestação decorrente de abuso sexual como forma de autodefesa não se justifica. (BRASIL, 2012).

Outra questão desafiadora em relação ao fornecimento da assistência ao aborto é o direito ao sigilo. No ano de 2020, a Portaria Ministerial 2.282, de 27 de agosto, tornou obrigatória a notificação de atendimentos que envolvessem indícios ou confirmação do crime de estupro. O profissional de saúde envolvido no cuidado teria a obrigação de notificar o caso à autoridade policial. De acordo com tal portaria, os profissionais mencionados também deveriam preservar possíveis evidências materiais do crime para que fossem entregues imediatamente à autoridade policial, tais como fragmentos de embrião ou feto com vistas à realização de testes genéticos que poderiam levar à identificação do respectivo autor do crime (SENADO FEDERAL, 2020).

Em janeiro de 2023, essa portaria foi revogada com a justificativa de que violava a autonomia da mulher ao impor a notificação à polícia como requisito para o acesso ao procedimento legalmente previsto. Além disso, a revogação ressaltou que a medida comprometia o sigilo dos profissionais de saúde envolvidos e desrespeitava a dignidade das pessoas em situação de violência, prejudicando o papel fundamental do serviço e de seus profissionais no acolhimento e cuidado adequado a essas mulheres (OHANA, 2023)

Apesar do direito ao sigilo, é comum ocorrerem violências que incluem ameaças ou a efetiva criminalização em casos de abortamento. As ameaças ocorrem quando profissionais de saúde fazem a mulher acreditar que será criminalizada por ter induzido o aborto, nos casos de interrupção ilegal. E a criminalização efetiva se dá quando esses profissionais iniciam ou apoiam investigações criminais contra a pessoa que realizou o aborto, ou quando busca o serviço para realizá-lo legalmente, forçando declarações, coletando provas e reportando o caso às autoridades. No Brasil, o sistema de saúde é o principal setor público que inicia processos de criminalização das mulheres por abortamento (Violência Obstétrica no abortamento, 2020).

Adicionalmente, é comum que mulheres e pessoas gestantes enfrentem estigma e discriminação durante o processo de abortamento mesmo em serviços de referência que teoricamente deviam acolhê-las. Profissionais de saúde, ao invés de oferecerem cuidado, escuta e acolhimento humanizado, frequentemente as julgam moralmente. Questões relacionadas ao racismo, colonialismo, heterossexismo e desigualdade social tornam as mulheres pobres, racializadas, e as pessoas trans e não-binárias mais propensas a serem vítimas de violência obstétrica e criminalização em casos de abortamento (CURUMIN, 2020).

Existem também relatos de violência física pelos profissionais de saúde no atendimento ao abortamento, muitas vezes relacionada à geração de dor ou à recusa de métodos de alívio, como a negação de medicamentos para controle algico durante procedimentos. Outra questão enfrentada é a privação de uma atenção de qualidade, com a realização de procedimentos que não se baseiam nas melhores evidências científicas. No Brasil, há relatos de diversas condutas inadequadas, como jejuns forçados, longas esperas, uso indiscriminado de curetagem e recusa de informações sobre o procedimento, incluindo, em alguns casos, informações relacionadas ao direito de aborto legal (CURUMIN, 2020).

Outro fenômeno que acontece com algumas gestantes que buscam o aborto legal praticado por profissionais de saúde é o *gaslighting*, no qual mulheres são manipuladas a questionar sua própria realidade e interpretação dos fatos. Em casos de violência sexual, apesar de terem direito à interrupção legal da gravidez, por vezes, as mulheres são levadas a duvidar de sua própria história e a culparem-se pelo ocorrido, sendo desencorajadas a realizarem o procedimento. Nessa situação, o serviço, que tem como objetivo promover o cuidado, passa a atuar no sentido de imputar culpa e privar o acesso ao direito à interrupção da gravidez (CURUMIN, 2020).

Além disso, dentro do contexto de violências que podem ter relação com moralismo religioso, é necessário questionar a falta de laicidade na própria estrutura física dos serviços de saúde. Comumente instituições de saúde possuem elementos simbólicos como crucifixos, imagens de santos, quadros com salmos nos corredores e até mesmo capelas, refletindo uma atmosfera impregnada de elementos religiosos, infringindo a laicidade do atendimento e das políticas públicas (SOARES, 2010)

Os desafios observados na atitude dos profissionais de saúde em relação ao aborto legal suscitam reflexões sobre a formação profissional em relação ao abortamento. Uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar a percepção de residentes em ginecologia e obstetrícia de 21 hospitais sobre aborto legal medicamentoso no Brasil encontrou dados importantes sobre o tema. A maioria não domina o uso do misoprostol para indução de aborto, bem como desconhece que a legalização do procedimento implica em redução das taxas de aborto em um país. A pesquisa também mostra que apenas metade dos residentes ouvidos disseram ter tido aula sobre o processo medicamentoso na graduação e 80% do total afirmaram ter tido as aulas na residência (FERREIRA, 2020).

Nesse mesmo estudo conclui-se que a medicina ensinada nas universidades brasileiras está severamente defasada em relação aos conhecimentos científicos e técnicos acerca das condutas referentes ao aborto. O autor argumenta que não há possibilidade de um profissional de saúde oferecer atendimento adequado sem possuir conhecimento apropriado sobre o tema (FERREIRA, 2020). Portanto, enfatize-se que é crucial que haja a inclusão do tema da atenção ao abortamento, através de um ensino bem estruturado, para que haja maior garantia de uma prática adequada e sem violência no sentido de garantir os direitos reprodutivos das mulheres.

3.6 Desconhecimento da População dos Serviços de Aborto Legal

O acesso depende não só da existência de uma estrutura de atendimento e de profissionais capacitados, mas também do conhecimento da população do direito que possui, onde acessá-lo e maneiras de utilizá-lo. O desconhecimento da população em relação aos serviços de aborto legal no Brasil é evidenciado por uma pesquisa realizada pelo IBOPE em 2006, a pedido da organização Católicas pelo Direito de Decidir (CDD). O estudo abrangeu 143 municípios e revelou que quase metade dos brasileiros (48%) não estava ciente das situações em que o aborto poderia ser feito legalmente no país. Quando os entrevistados foram apresentados a opções específicas, apenas 5% mencionaram corretamente que o aborto legal poderia ser realizado em casos de gravidez decorrente de estupro (IBOPE, 2006).

A pesquisa também destacou que os entrevistados com renda superior a dez salários-mínimos e residentes em municípios com mais de 100 mil habitantes possuíam maior conhecimento sobre em quais casos o aborto poderia ser realizado legalmente, com variações de 10% e 14%, respectivamente. Pessoas com maior escolaridade, residentes na região sudeste, especialmente nas capitais, e com maior renda familiar, também apresentaram maior entendimento da legislação sobre aborto (IBOPE, 2006).

Outro aspecto relevante da pesquisa foi a falta de conhecimento sobre os hospitais que realizam aborto legal. A grande maioria (95%) dos entrevistados afirmou não saber, não opinou ou respondeu que nenhum hospital poderia realizar o procedimento (IBOPE, 2006). Isso destaca a invisibilidade da questão do aborto na esfera pública, com limitação dos espaços de debate, repercutindo no pouco acesso às informações disponíveis e, por fim, na subutilização dos serviços.

A escassez de informações sobre a disponibilidade dos serviços de aborto legal no Brasil persiste, mesmo com mais de 80 anos de exceções de punibilidade ao aborto e mais de 20 anos de normativas no Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, as lacunas no acesso à informação sobre os serviços de aborto legal vêm do próprio poder público. Somente seis das 27 unidades federativas disponibilizam informação pública sobre aborto nos sites das secretarias de saúde. Das 26 capitais, apenas quatro mantêm informações online. Uma pessoa gestante pode demorar, em média, de dois a três meses até achar um programa que a acolha (DOMINGUEZ, 2022).

Essa falta de informação compromete o acesso ao aborto previsto em lei, violando os direitos fundamentais à saúde, tratamento digno e liberdade. A ausência de acesso adequado sujeita as pessoas a situações degradantes, como gestar fetos sem perspectiva de vida extrauterina ou continuar gestações resultantes de violência. A única alternativa, muitas vezes, se torna a interrupção clandestina, sob ameaça de criminalização, colocando em risco a saúde e a vida das mulheres (DOMINGUEZ, 2022). Esses desafios destacam a necessidade urgente de divulgação de informações precisas e acessíveis sobre os direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva no país.

3.7 Impacto desigual das barreiras de acesso entre as mulheres

Frente aos obstáculos e limitações já abordados em relação ao acesso ao aborto legal, é crucial examinar se há grupos específicos de mulheres e pessoas grávidas mais impactados por essas dificuldades. No entanto, há dados escassos na literatura sobre o acesso ao aborto considerando recortes de raça, estado civil, renda per capita, idade e local de residência. A maior parte das informações epidemiológicas disponíveis está relacionada a complicações referentes à prática do aborto ilegal. Este tópico irá explorar esses dados para oferecer uma visão mais abrangente da situação. (GOÉS, 2018).

As barreiras geográficas potencialmente prejudicam o acesso aos serviços de aborto, afetando grupos populacionais de maneiras distintas, devido ao fato de a necessidade de viajar ser um fator restritivo. A distância dos serviços afeta mais intensamente grupos socialmente desfavorecidos, como minorias étnicas, chegando a impedir o acesso (JACOBS, 2022). No Brasil, um país de dimensões continentais, a insuficiência de recursos financeiros para o transporte é identificada como uma barreira relevante na busca pelo cuidado ao abortamento, impactando de maneira mais significativa mulheres pretas e pardas. A cada sete pessoas que fizeram um aborto legal no país entre 2010 e 2019, uma precisou viajar para acessá-lo. Além disso, a disponibilidade de transporte público para esses deslocamentos é limitada, com tempo de viagem total (ida e volta) estimado entre 26 minutos a quatro dias e meio, e o custo de R\$ 2,70 a R\$1.218,06 (JACOBS, 2022).

Mesmo em locais onde o aborto é legalizado, como em algumas federações dos Estados Unidos da América, as mulheres enfrentam desafios pessoais ao buscar o serviço, especialmente aquelas de baixa renda e provenientes de áreas rurais. Dificuldades logísticas, como transporte e recursos financeiros para o deslocamento, representam obstáculos significativos para mulheres negras, conforme evidenciado por pesquisas estadunidenses (GOÉS, 2018).

Além da barreira geográfica, as mulheres, principalmente as pretas, enfrentam de maneira significativa o medo de serem maltratadas nos serviços, evitando buscá-los. A falta de acolhimento nos serviços de saúde é manifestada por meio de tratamento desrespeitoso, julgamento moral, constrangimentos, demora no atendimento, agressões verbais e falta de informações sobre procedimentos, inclusive informações sobre o direito ao aborto legal. Essa realidade parece ser exacerbada pelo racismo institucional, constituindo-se como uma barreira antes mesmo da entrada no sistema de saúde (GOÉS, 2018).

Outra possível barreira para o acesso ao aborto é o medo de denúncia pelos serviços de saúde. Um estudo realizado no Rio de Janeiro traçou o perfil das mulheres que são criminalizadas no estado após procurarem instituições de saúde devido a induções de aborto de maneira ilegal. As mulheres criminalizadas por procura do serviço de abortamento foram denunciadas principalmente pelo serviço de saúde, eram predominantemente pretas ou pardas, já tinham outros filhos, possuíam ocupações majoritariamente ligadas a menores recursos financeiros (garota de programa, salgadeira, faxineira, auxiliar de cozinha, manicure etc.) e residiam em áreas periféricas de suas cidades (DEFENSORIA PÚBLICA GERAL, 2018). A maioria das mulheres pretas e pardas realizaram o aborto de forma absolutamente insegura, em locais insalubres, com pouca ou nenhuma assistência médica (GOÉS, 2018) e deram entrada no sistema de saúde para terminar o procedimento em estágios de gravidade mais elevados (DEFENSORIA PÚBLICA GERAL, 2018).

Na esfera do aborto legal, torna-se evidente a escassez de estudos que abordem de maneira aprofundada as questões raciais como determinantes de saúde e doença (GOÉS, 2018). No entanto, a limitada produção científica sobre a saúde da população negra não se restringe exclusivamente ao âmbito do aborto legal. São poucos os estudos que se dedicam a analisar as especificidades desse grupo, apesar de sua expressiva representação na população brasileira, sua presença majoritária

entre os usuários do Sistema Único de Saúde, os preocupantes indicadores sociais e de saúde apresentados por esse grupo e a necessidade de consolidar o compromisso do sistema com os princípios da universalidade, integralidade e equidade (WERNECK, 2016).

Destaca-se, portanto, que a agenda feminista liberal, historicamente centrada na busca pela autonomia sobre o próprio corpo e na promoção da maternidade voluntária, encara o direito ao aborto como uma escolha individual que confere controle sobre a reprodução. Entretanto, para grupos específicos de mulheres mais vulneráveis, como as negras que residem em favelas e áreas periféricas, e que estão sujeitas a formas mais precárias de aborto inseguro, o direito ao aborto legal transcende a mera questão de acesso aos direitos reprodutivos, transformando-se em uma questão fundamental de direito à vida. Por essa razão, torna-se imperativo realizar estudos mais aprofundados e implementar mudanças concretas nas políticas públicas relacionadas ao aborto (DEFENSORIA PÚBLICA GERAL, 2018).

3.8 Aborto Legal e o papel da Atenção Primária à Saúde

Este estudo evidenciou, por meio de análise de dados quantitativos e qualitativos, que o pleno assecuramento do direito ao aborto legal encontra-se obstruído devido a diversas barreiras de natureza geográfica, administrativa e moral, e à desinformação, tanto por parte das mulheres, quanto dos profissionais de saúde. O propósito desta seção é investigar as possíveis formas de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no sentido de mitigar tais obstáculos.

Com o intuito de superar a barreira geográfica no acesso ao aborto legal, outros lugares do mundo estão implementando estratégias de telessaúde e ampliando a oferta desse serviço por meio da atenção primária, alcançando resultados positivos. (JACOBS, 2022). Nesse cenário, a atenção primária seria o local preferencial de oferta de procedimentos de aborto em gestações decorrentes de estupro, ao menos durante as nove primeiras semanas gestacionais, sempre com retaguarda de um serviço de urgência (GIUGLIANI, 2019).

Apesar da necessidade de amparo de um serviço de urgência para procedimentos de abortamento, em caso de necessidade, os dois métodos recomendados para a realização do aborto em nível ambulatorial, via medicamentosa

ou aspiração a vácuo, são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como competências nucleares da atenção básica em saúde sexual e reprodutiva. Esses procedimentos podem ser conduzidos por médicos generalistas ou por algumas categorias de profissionais não médicos devidamente capacitados. Esta consideração destaca a relevância da atenção primária à saúde na prestação de serviços seguros e acessíveis no âmbito do direito ao aborto (GIUGLIANI, 2019).

Com a descentralização do atendimento ao aborto e seu direcionamento para a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, a utilização de serviços de maior densidade tecnológica poderia priorizar casos com complicações, situações que demandam cuidado especializado e gestações mais avançadas (JACOBS, 2022). Nesse contexto, espera-se a diminuição de sobrecarga de serviços de nível secundário e terciário e a ampliação do acesso ao aborto no país, tendo em vista que a APS está presente em aproximadamente dois a cada três municípios, cobrindo 94,3% da população (JACOBS, 2022).

Como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a APS se destaca pela proximidade com a população dentro de seu território, facilitando o acesso aos serviços e potencializando um atendimento humanizado através do conhecimento ampliado da pessoa como um todo. A vinculação com a rede de saúde facilitaria diversas ações de cuidado às situações de abortamento, como a confirmação da gestação, a determinação da idade gestacional, a investigação de situações em que o aborto seria permitido por lei, a orientação acerca de outras opções para o desfecho da gestação (inclusive a adoção) e o fornecimento de informações sobre métodos seguros e inseguros de aborto (GUSSO, 2018). Esta proximidade, aliada à longitudinalidade do cuidado, promove a construção de confiança com os serviços de saúde e permite aconselhamento e intervenções eficazes de maneira mais precoce (GUSSO, 2018). A APS também tem papel fundamental de coordenação eficiente entre diferentes níveis de atendimento em situações mais complexas de abortamento.

Antes da descriminalização total do aborto ou da ampla disseminação da prestação desse procedimento, a APS tem o potencial de realização de estratégias de redução de danos. No acompanhamento de casos de aborto, a proximidade e uma abordagem inicial integral permitem um entendimento mais aprofundado do contexto individual, fortalecendo a relação terapêutica e a confiança no sistema de saúde, o que é fundamental para intervenções precoces e em estratégias de redução de danos,

caso necessárias. Tal estratégia depende do engajamento com o serviço de saúde para aconselhamento, tanto antes quanto depois da realização da interrupção voluntária da gestação, minimizando seus riscos (GALLI, 2020).

A confiança estabelecida entre a APS e a população também facilita a promoção da saúde, aconselhamento e adoção de práticas de cuidado preventivas. A abordagem familiar e comunitária da APS proporciona uma compreensão mais ampla do contexto da mulher (GUSSO, 2018), promovendo o empoderamento e a autonomia reprodutiva ao levar em consideração fatores interseccionais de vulnerabilidade, considerar sua integralidade e respeitar fatores de competência cultural. Com isso, a APS tem um papel fundamental no fornecimento de informação de qualidade para as mulheres, e para os homens, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, atuando de forma contínua no seu empoderamento, para tomarem decisões informadas e buscarem a efetivação dos seus direitos.

Em conjunto com os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), a prestação de cuidado pelos profissionais de saúde pode ser potencializada ao incorporar o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). O MCCP visa abordar o indivíduo como um todo, abranger estratégias de prevenção e promoção de saúde, intensificar o relacionamento entre pessoa e profissional e elaborar um plano conjunto que respeite a realidade e a autonomia do paciente (GUSSO, 2018). Esta abordagem está alinhada a valores que favorecem o suporte humanizado ao aborto.

A abordagem integral do indivíduo e da família potencializada pela APS e pelo MCCP, por meio da valorização de fatores contextuais e reconhecimento de vulnerabilidades, ajuda no acolhimento da mulher que se encontra diante de uma gravidez indesejada. Diante disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser referência em acompanhamento da saúde da mulher graças à sua capacidade de atendimento precoce e abrangente, foco na continuidade, coordenação do cuidado, orientação para a família e comunidade, e habilidade em lidar com diferentes contextos culturais. Desta forma, possui grande potencial de suporte a mulheres em situação de aborto de maneira segura, respeitosa e integral.

Adicionalmente, a visão ambiental do processo de saúde e doença, promovida pelo MCCP aliado à APS, permite ainda conhecer a realidade epidemiológica e demográfica local, possibilitando a integração entre a condição da paciente e intervenções familiares, comunitárias e de saúde pública. Os cuidados primários em

saúde são historicamente marcados pelos ideais de justiça social e centralidade nas necessidades das pessoas e comunidades, tendo como algumas de suas premissas básicas a redução das iniquidades e o acesso à saúde a todas as populações (MCWHINNEY, 2018). Dessa maneira a APS tem um importante potencial de fortalecer o acesso e o cuidado humanizado de pessoas em situação de aborto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo salienta a complexidade e os desafios relacionados ao acesso ao aborto legal no Brasil, destacando que, mesmo nos casos respaldados pela lei, há várias barreiras a serem superadas para que o aborto seja verdadeiramente considerado um direito garantido para as mulheres. Para alcançar esse objetivo, é imperativo avançar juridicamente, elevando o aborto ao status de direito fundamental, em vez de mantê-lo como uma exceção em casos de criminalização.

Outra barreira crucial a ser superada é a dificuldade geográfica que prejudica o acesso ao aborto principalmente para mulheres que vivem em áreas periféricas e em situações de vulnerabilidade socioeconômica. Outro empecilho é a escassez de recursos profissionais que sejam preparados durante a formação para lidar com o tema de maneira humanizada e conduzir o procedimento baseado em evidência. Além disso, a ausência de informações claras e acessíveis sobre o direito ao aborto representa uma barreira adicional significativa, uma vez que desconhecer o direito impossibilita que ele seja acessado.

Diante dessas questões, a análise sugere a implementação de uma abordagem multidisciplinar que englobe aspectos legais, médicos e sociais para superar as barreiras de acesso identificadas. Destaca-se a importância de reconhecer os direitos reprodutivos como fundamentais, promovendo assim maior autonomia e proteção à saúde reprodutiva das mulheres no Brasil. Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde apresenta capacidades específicas e pode desempenhar um papel fundamental na assegurar de um acompanhamento adequado, humanizado e acessível para as mulheres, fortalecendo o sistema de saúde como um todo para atender às necessidades específicas das mulheres nesse contexto. Os progressos rumo à garantia desse direito fundamental para as mulheres devem estar enraizados no diálogo com a sociedade e os movimentos sociais.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.** 2a ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.** Brasília: Ministério da saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivo, Caderno nº04. – Brasília, 2005

BRASIL. Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Departamento De Ciência E Tecnologia. **Aborto E Saúde Pública No Brasil: 20 Anos.** Brasília, Df, Ministério Da Saúde, Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos, Departamento De Ciência E Tecnologia, 2009.

BRANCO, July Grassiely de Oliveira et al. **Objecção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. Suppl 1 [Acessado em 21 de janeiro de 2024], e00038219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>. Epub 10 Fev 2020. ISSN 1678-4464.

_____. Código de Processo Penal. Decreto Lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940. *In Vade Mecum* penal e processual. 3º ed. Niteroi, RJ. Impetus. 2017.

CURUMIN, and COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Violência Obstétrica No Abortamento.** 2020, coletivomargaridaalves.org/cartilha-violencia-obstetrica-no-abortamento/.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo e MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 2 [Acessado 25 Fevereiro 2024], pp. 653-660. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

DINIZ, Debora, et al. **Pesquisa Nacional de Aborto - Brasil, 2021.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 28, 29 Maio 2023, pp. 1601–1606, www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/abstract/?lang=pt.

FERREIRA, Helder; COELHO, Danilo Santa Cruz; CERQUEIRA, Daniel; Alves, Pamola; Semente, Marcela. **Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2023.

FONSECA, Nathallia. **A ofensiva contra a médica que criou o serviço de aborto legal por telemedicina.** 2023. Disponível em: <https://apublica.org/2023/05/a-ofensiva-contra-a-medica-que-criou-o-servico-de-aborto-legal-por-telemedicina/>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

GALLI, Beatriz. **Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. Suppl 1 [Acessado em 26 de janeiro de 2024], e00168419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168419>. Epub 6 Abr 2020. ISSN 1678-4464.

GIUGLIANI, Camila; RUSCHEL, Angela Ester; SILVA, Maura Carolina Belomé; MAIA, Melanie Noel; OLIVEIRA, Denize Ornelas Pereira Salvador de. **O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1791. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1791](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791).

GÓES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional.** / Emanuelle Freitas Góes. -- Salvador: E.F.Góes, 2018.

MAIA, Melanie Noel. **Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2727. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2727](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2727).

MOREL, Jennifer; MACHADO, Thaine (org.). **A regra da Anvisa que prolonga o sofrimento de mulheres.** 2020. El País. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-22/restricao-da-anvisa-impede-acesso-a-tratamento-recomenda>.

FERREIRA, Lola. **Aborto legal em risco: médico “pró-vida” chega ao MS e pesquisa mostra despreparo de residentes.** 2020. Gênero e Número. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/residentes-camara-aborto-legal/>. Acesso em: 21 de janeiro de 2024.

KEKATOS, Mary. **Por que os médicos dizem que a exceção “salvar a vida da mãe” à proibição do aborto é clinicamente arriscada.** 2022. Elaborada por abc news. Disponível em: <https://abcnews.go.com/Health/doctors-save-mothers-life-exception-abortion-bans-medically/story?id=84668658>. Acesso em: 19 de janeiro de 2024.

SILVA, Vitória Régia da. **Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia.** 2020. Gênero e Número. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>. Acesso em: 20 de janeiro de 2024.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. **Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura.** Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 88-103, 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 21 de janeiro de 2024.

OHANA, Victor. **Ministra da Saúde revoga portaria de Bolsonaro que impunha obstáculos ao aborto legal.** Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/ministra-da-saude-revoga-portaria-de-bolsonaro-que-impunha-obstaculos-ao-aborto-legal/>. Acesso em: 21 de janeiro de 2024.

Giugliani, Camila, et al. **“O Direito Ao Aborto No Brasil E a Implicação Da Atenção Primária à Saúde.”** Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade, vol. 14, no. 41, 23 Feb. 2019, p. 1791, www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/198070/001097040.pdf?sequence=1, [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1791](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791).

Gusso, Gustavo, and Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família E Comunidade - 2.Ed.** Artes Medicas, 30 Nov. 2018.

IBOPE & Católicas pelo Direito de Decidir. **“Panorama Do Aborto Legal No Brasil.”** Portal Lunetas, 5 June 2006, catolicas.org.br/wp-content/uploads/2006/01/Pesquisa-Panorama-Aborto-Legal.pdf. Acesso em 26 de Janeiro de 2024.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. **“O Que Os Dados Nacionais Indicam Sobre a Oferta E a Realização de Aborto Previsto Em Lei No Brasil Em**

2019?” Cadernos de Saúde Pública, vol. 37, no. 12, 2021, <https://doi.org/10.1590/0102-311x00085321>. Acesso em 6 de Junho de 2022.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ Debora. **“Serviços de Aborto Legal No Brasil – Um Estudo Nacional.”** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, no. 2, Feb. 2016, pp. 563–572, www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf, <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em 6 de Novembro de 2020.

MCWHINNEY, Ian Renwick; FREEMAN, Thomas. **Manual de Medicina de Família E Comunidade.** Porto Alegre (Rs), Artmed, 2010.

PILECCO, Flávia Bulegon et al. **Abortion and the COVID-19 pandemic: insights for Latin America.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 6 [Acessado em 25 de Janeiro de 2024], e00322320. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00322320>. Epub 05 Julho 2021. ISSN 1678-4464.

PLEASANTS, Elizabete; CARTWRIGHT, Alice; UPADHYAY, Ushma. **Association Between Distance to an Abortion Facility and Abortion or Pregnancy Outcome Among a Prospective Cohort of People Seeking Abortion Online.** JAMA Netw Open. 2022 May 2;5(5):e2212065. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.12065. PMID: 35560050; PMCID: PMC9107030.

RIBEIRO, Flávia Regina Guedes. **Aborto por risco de vida da gestante: o exercício do poder disciplinar médico na decisão pelo aborto legal.** 2011. Disponível em:

<https://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNToiYTToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxlTyl7czozOjlxNjUiO30iO3M6MT0iaC17czozMjoiMGI4YjliZTE3YjE4NTQ3OGY5MjEzZmlyZjFmMTY>.

ROCHA, Wesleu Braga da; SILVA, Anadely Castro da; LEITE Solange Maria de Lacerda; CUNHA Thiago. **Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal.** Rev Bioét [Internet]. 2015 Maio;23(2):387–99. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232077>.

ROSAS, Cristiano Fernando. **Principais Questões sobre Aborto Legal**. 2019. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente FIOCRUZ. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>. Acesso em: 13 de janeiro de 2023.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul enferm* [Internet]. 2007Apr;20(2):v-i. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SANT'ANA, Paula et al. **EQUIPE NUDEM DEFENSORAS PÚBLICAS COORDENADORAS**. 2021.

SENADO FEDERAL. **Projeto de decreto legislativo nº 387, de 2020**. 27 Aug. 2020.

SOARES, Gilberta S.; GALLI, Maria Beatriz; VIANA, Ana Paula de A. L. **Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro**. Recife: Grupo Curumim, 2010.