



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Affoue Prisca M. Stanislas Yao
Alexsandro M. da Silva e Silva
Angelo Croda Chies
Arthur Bogorny Fiegenbaum
Artur Fogliato Santana
Bárbara Ribeiro
Bruna de Queiroz Correia
Bruna Mielczarski
Bruna Rambo
Bruno Rabolini
Clara Krummenauer Maraschin
Débora Marques de Araújo
Douglas R. da Rosa Pinheiro
Eduarda Goldani R. Peixoto
Eduardo Artico
Eduardo Castelli Kroth
Eduardo Priesnitz Friedrich
Eric Marques Januário
Gabriel Alves Marconi
Gabriel da Silva
Gabriel Petrolli
Gabriela Figueiredo Güntzel
Gabriela Viana
Giovanna Sandi
Giulia Menegon Moura Loureiro
Graziella Nunes Peixoto
Guilherme Garcia
Guilherme Strieder de Oliveira

Marcelo do Prado Malagutti
Henrique Paz
Igor Luiz dos Santos Kessler
Jerry Eduardo de A. de Bairos
João Pedro Lubianca
Juliana da Silva Uhlmann
Juliane Leticia Miranda Cruz
Kelly Ane Pinto dos Santos
Laura Lacroix
Leonardo da Costa Meireles
Lethicia Campos Ferraro
Maikson Ferreira Mendes
Manoella Borges S. Gonçalves
Manoella Guatimuzim T. da Silva
Marcelo Bender Angst
Maria Elisa Soares Machado
Mariana de Cássia P. Monteiro
Mariana Marchezan Menezes
Marilza Vallejo Belchior
Marina Abs da Cruz Rodrigues
Matheus Tomazzoni
Mauro Henrique Lehugeur Gross
Morgana L. de Souza Carvalho
Yasmine M. Carneiro Monteiro
Natália Mainardi
Nicolas Borba de Lourenço
Paula Machado Aguiar
Pedro Carlos Fritscher Júnior
Roberto Biselo

Rochanne Figini Maciel
Ronaldo Legati Júnior
Sarah Maria dos Santos Ahne
Shanna Luiza de Castro
Sofia Pacheco
Stéfani Küster
Thalia Michele Vier Schmitz
Victoria Etchart dos Santos
Vitória Sonda Gazzi
Yasmim Santana de Almeida
Monitores PPSM 2020/1
Ana Carolina Tenório de Oliveira
Bárbara Luiza Bernardi
Giovanna Sandi Maroso
Laura Motta Belan
Letícia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Edimárlei Gonsales Valério
Jaqueline Neves Lubianca
Jorge Villanova Biazús
Márcia Luiza M. Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. A. Martins Costa
Solange Garcia Accetta
Suzana Arehart Pessini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1

Porto Alegre 2021
UFRGS

U58p Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.
Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2024/1 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; organizadores: Jaqueline Neves Lubianca e Edison Capp – Porto Alegre: UFRGS, 2021.

218p.

ISBN: 978-65-00-23400-8

E-Book: 978-65-00-23394-0

1. Saúde da mulher 2. Promoção da saúde 3. Ginecologia 4. Obstetrícia I. Lubianca, Jaqueline Neves, org. II. Capp, Edison, org. III. Título

NLM: WA309

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Endereço:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
FAMED – UFRGS
Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS
E-mail: dgo@ufrgs.br

Editoração, diagramação e capa: Edison Capp

Apoio: CESGO - Centro de Estudos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/HCPA

Imagens da capa: www.pexels.com por Andrea Piacquadio, Ana Schvets, Christina Morillo, Dalila Dalprat, Edu Carvalho, Guilherme Almeida, Jonas Kakaroto, Jopwell, Kelvin Octa, Ketut Subiyanto, Luizmedeirosph, Mentatdgt, Picha Stock, Pixabay, Pragyán Bezbaruah, Radomir Jordanovic.

Atualizações em violência sexual feminina e aborto permitido por lei

*Bruna de Queiroz Correia
Gabriel Alves Marconi
Giulia Menegon Moura Loureiro
Manoella Guatimuzim Testa da Silva
Marilza Vallejo Belchior
Marina Abs da Cruz Rodrigues
Laura Motta Bellan
Adriani Oliveira Galão*

A relativização e subjugação dos direitos da mulher são historicamente uma realidade atrelada à sua existência. Ao analisar os aspectos legais, ao longo das constituições do país, faz-se um panorama histórico, epidemiológico e sociológico dos prejuízos arraigados à condição feminina. Assim, o exposto texto versará sobre a violência de gênero de cunho sexual causado às mulheres, bem como os seu direito reservado de pôr fim ao conceito dessa violação não só de seu corpo, mas também de sua saúde mental, visto que atualmente muito tem se discutido os casos de interrupção da gestação, mesmo nos casos de aborto permitido por lei, também conhecido por aborto legal.

Serão analisadas, também, as medidas legais que, com ao longo dos anos, acompanharam a evolução da luta das mulheres e aquelas que serviram de marcos retrógrados na batalha pela igualdade de gênero. Há de se discorrer, também, sobre possíveis entraves criados pelo Estado para que, mesmo em seu direito, a mulher não dê seguimento ao seu desejo de interromper a gestação.

Quando estamos frente a uma vítima de violência contra a mulher, são necessários protocolos adequados e acolhedores, para que ela não seja, mais uma vez, vitimizada. Dessa forma, dar-se-á começo a uma conduta empática de anamnese e exame físico, visando à conquista da confiança da paciente e posterior ajuda com suas necessidades.

A violência baseada no gênero é uma problemática global, que embora esteja presente em todas as classes sociais, incide de maneira diferente entre os segmentos mais fragilizados da população, nos quais se incluem as mulheres negras (Fonseca, 2020). A presente monografia visa abordar a violência sexual contra a mulher relacionado a aspectos médicos, sociais e jurídicos.

Objetivamos também explanar a relação violência sexual com o aborto legal e suas determinações asseguradas pela constituição brasileira ao longo dos anos. Buscaremos entender os riscos inerentes ao fato de ser mulher, dada a historicidade e o desnível entre os gêneros e as medidas de segurança disponíveis às mulheres no momento pós-violência.

Definições

- *Violência de gênero*

A violência de gênero abrange diversas formas de violência baseadas nas relações de poder, envolvendo gênero, classe, raça e etnia, segundo Saffioti, 1995. No entanto, no Brasil, tem-se utilizado o termo como sinônimo da violência contra a mulher reproduzida pelo homem, tendo em vista que as mulheres são as que mais sofrem da violência baseada em gênero (Azevedo, 1985).

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública do Brasil (2018) em análises estatísticas sobre violência de gênero e sexual ocorreram 180 estupros por dia, um registro de violência doméstica a cada 2 minutos e mais de 1.026 feminicídios, dos quais 88,8% foram causados pelo próprio companheiro. Assim, percebe-se que as mulheres são, percentualmente, as que mais sofrem da violência baseada no gênero.

De acordo com as Nações Unidas, violência contra a mulher é “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”.

- *Violência sexual*

O termo abuso sexual é utilizado de forma abrangente para categorizar atos de violação sexual no qual não há consentimento. Fazem parte desse tipo de violência qualquer ação na qual uma

pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitivo-constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem a autonomia e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de alguém.

No Brasil, a Lei 12.015/2009 integra o Código Penal e protege as vítimas nos casos dos chamados “crimes contra a dignidade sexual”. Segundo Pfeiffer e Salvagni (2005), é impossível determinar a real prevalência de abuso devido à subnotificação dos casos. Estima-se que apenas 10% dos casos de violência sexual sejam notificados (Cerqueira, 2014). A verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida devido à subnotificação e ao sub-registro. No Brasil, acredita-se que a maior parte das mulheres não registre queixa por constrangimento e medo da humilhação somado ao receio da falta de compreensão ou interpretação dúbia do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades (Drezett, 2012).

Quanto às regiões do país, o Sudeste teve mais casos notificados em todos os anos. Isso pode ter se dado não só porque esta região concentra maior número de pessoas, mas por possuir maior número de unidades notificantes (Assis, 2012).

De acordo com o inciso II, capítulo 7, da lei Maria da Penha-Lei 11340/06 | Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006: “A violência sexual, é entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza

a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” - A Lei Maria da Penha não distingue orientação sexual e identidade de gênero das vítimas mulheres. O fato de a ofendida ser transexual feminina ou transgênero, não afasta a proteção legal, tampouco a competência do Juizado de Violência Doméstica e Familiar (Lei nº 12.015, 2009).

Um adendo sobre vítimas menores de 14 anos; em caso de violência sexual o crime é caracterizado como estupro de vulnerável (Incluído pela Lei no 12.015, de 2009), com penalidade de 8 a 15 anos de reclusão. Também se encaixam nesse critério os deficientes mentais, que em razão da deficiência não têm consciência do ato sexual (Correia, 2012).

Ainda neste capítulo da Lei 11.340, temos a especificação de outros tipos de violência, como os danos psicológicos e físicos, que podem estar diretamente relacionados à violência sexual contra a mulher, para os quais a lei prevê pena de 6 a 10 anos.

Quanto ao perpetrador, em muitas oportunidades trata-se do próprio companheiro ou parceiro sexual da vítima. Estudo apontou que 38% das mulheres entrevistadas referiram terem sido submetidas a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro no Brasil.

Um aspecto indispensável de ser discutido em se tratando de violência sexual são as consequências desta. Em termos psicológicos, o estupro pode redundar em diversos transtornos, incluindo “depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativas de suicídio e síndrome de estresse pós-traumático”.

Entre 28% e 60% das vítimas de violência sexual serão acometidas por alguma infecção sexualmente transmissível (IST) assim como agravos importantes de estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%) (Assis, 2012). Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2014, acerca do estupro no Brasil, constatou que, em relação ao total das notificações ocorridas em 2011, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 12.087 casos de estupro, sendo 88,5% das vítimas do sexo feminino.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde - MS (Brasil, 2012) que versa sobre Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, mostra que o risco de gravidez decorrente do estupro varia entre 0,5 e 5%, dependendo de alguns fatores, como: idade da vítima, coincidência com o período fértil, ou se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada, e se a vítima estava utilizando métodos anticoncepcionais.

- Aborto: Legislação e o Conselho Federal de Medicina

Embora os termos “abortamento” e “aborto” sejam usados frequentemente como sinônimos, há uma diferença semântica entre eles: “abortamento” é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal, ou seja, refere-se ao processo e ato de abortar, enquanto o “aborto” é o resultado dessa ação, logo, o produto extraído. O termo aborto, entretanto, é amplamente usado com o significado de abortamento, tanto na prática clínica, quanto pela comunidade leiga. A Organização Mundial da Saúde estabelece como limite para caracterizá-lo a perda ou extração de conceitos de até 22 semanas ou 500 gramas (OPAS/OMS, 2017).

De acordo com o artigo 128 do Decreto Lei no 2.848 de 07 de dezembro de 1940 — o Código Penal Brasileiro, o aborto até então, era considerado legal no Brasil em apenas duas ocasiões: quando a gravidez é resultado de abuso sexual ou quando a gravidez põe em risco a saúde da mulher (Código penal, 1940).

Após um julgamento do Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012, estabeleceu-se que também é permitido interromper a gestação quando se diagnostica que o feto é anencéfalo, sendo corroborado pelo Conselho Federal de Medicina, através da publicação de diretrizes neste sentido na Resolução no 1.989, de 2012 (Resolução CFM, 2012). O consentimento da mulher grávida, a partir dos 18 anos, é imprescindível em qualquer uma das situações, exceto quando há risco de morte iminente e a mulher se vê impossibilitada de tomar qualquer decisão. Crianças ou adolescentes menores de idade devem ter um responsável como agente da decisão, exceto em casos de emancipação.

Em relação ao abortamento ocasionado por abuso sexual, não há necessidade, segundo o Código Penal, de apresentar nenhum

documento que permita o aborto, nem há necessidade de apresentar o fato à polícia (Código Penal, 1940). O profissional da saúde tem o dever de orientar as opções de providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso a mulher não queira tomá-las, o profissional não poderá se negar a realizar o abortamento por não haver boletim de ocorrência policial, visto que a declaração da mulher tem peso decisório para a tomada da ação, com “presunção de veracidade”. A equipe médica que realiza o procedimento de interrupção da gestação não deve temer eventuais consequências jurídicas caso haja incongruência no relato da mulher e posteriormente se descubra que a gestação não foi provocada pela violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”, segundo art. 20, parágrafo 1o do Código Penal (Código penal, 1940).

Em agosto de 2020, essa questão voltou à discussão após publicação da portaria de número 2.282 pelo Ministério da Saúde do Brasil, na qual afirma que o profissional de saúde que atendesse a mulher que fora violentada deveria, obrigatoriamente, realizar a notificação à autoridade policial (Portaria nº 2.282, 2020). Essa portaria recebeu diversas críticas de instituições e vem sendo alvo de discussão em instâncias jurídicas com relação ao seu cumprimento, problemática esta que será aprofundada nesta monografia adiante.

Outra questão importante a ser discutida é a possibilidade do profissional que atende pacientes com indicação de realização de abortamento de não querer realizá-lo, independente do motivo alegado por ele. De acordo com o artigo 7o do Código de Ética Médica, o médico tem ampla autonomia ao exercer sua profissão e não é obrigado a realizar o abortamento legal, por motivos pessoais, como crenças religiosas e culturais. Poderá alegar objeção de consciência médica, desde que não seja o único no plantão para tal e que não seja uma situação de urgência ou emergência. No código de ética médica está previsto que o médico pode se recusar a realizar qualquer intervenção médica que fira seus valores:

“O Código de Ética Médica, nos princípios fundamentais, estabelece que 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”.

Em situações onde membros das equipes que realizam atendimentos visando à interrupção legal da gestação em locais capacitados alegarem objeção de consciência, os gestores são juridicamente responsáveis por providenciar outro local e/ou equipe para execução do mesmo para que não haja desassistência às pacientes.

Estupro e suas consequências

Segundo Cerqueira (2014) em seu artigo “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde” existem graves consequências do estupro, de curto e longo prazo, que se estendem no campo físico, psicológico e econômico. Além das agressões físicas que podem inclusive levar a vítima ao óbito, o estupro pode gerar gravidez indesejada e levar ao desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST). A combinação das consequências físicas e psicológicas leva ainda à perda de produtividade para a vítima, impondo uma externalidade negativa para a sociedade em geral. Em relação ao desfecho da gravidez indesejada, há de se analisar com cautela os dados que possuímos no Brasil a fim de traçar uma correlação entre mulheres que querem fazer aborto e foram vítimas de estupro.

Não obstante a importância e a relevância do tema, poucos são os estudos feitos no Brasil, empírica e quantitativamente, a respeito da correlação entre o estupro e o aborto. Mesmo frente a tantos agravos provocados pela violência sexual, a gravidez decorrente do estupro se destaca pela complexidade dos impactos que determina, seja na esfera emocional, familiar, social ou biológica. Importante ressaltar novamente que, como ressaltado no trabalho de Cerqueira, para muitas mulheres, essa gestação, forçada e indesejada, é entendida como uma segunda violência, intolerável e impossível de ser mantida até o término.

Os dados coletados pelo Sinan também mostram que entre as vítimas adultas que ficaram grávidas como consequências do estupro, somente 19,3% realizou aborto previsto em lei. Essa proporção se reduz quando a grávida é adolescente ou criança. A nota técnica do Ministério da Saúde descreve que o aborto para menores só deve ser realizado quando ambos o menor e o seu responsável concordam com o procedimento, e os dados

mostram menores índices de realização nesta faixa etária. Uma das possibilidades levantadas é a de que temos uma alta prevalência de casos de estupro envolvendo crianças e adolescentes, nos quais na sua grande maioria o autor do delito é um familiar próximo, e disto decorre ainda maior subnotificação e menor procura pelos serviços de saúde.

As estimativas levantadas pelo trabalho de Cerqueira e Coelho (2014) indicam que as adolescentes formam o grupo etário com menor chance de interromper a gravidez. Uma adolescente possui uma probabilidade de interromper a gravidez 66% menor do que uma adulta. Também afetam negativamente a probabilidade da interrupção da gravidez o fato do agressor ser cônjuge ou namorado da vítima e a ocorrência de agressões prévias. Quando a vítima já sofreu outros estupros anteriormente, a chance de abortamento é 58,5% menor do que quando ela é vítima pela primeira vez.

Embora a legislação brasileira encontre-se entre as mais restritivas, segundo o inciso II do artigo 128 do Código Penal, de 1940, não é crime e não se pune o aborto praticado por médico quando a gravidez resulta de violência sexual. No entanto, o exato destino dessas gestações ainda é pouco conhecido na medida em que parte expressiva das mulheres não tem acesso a serviços de saúde que realizem o procedimento. Por falta de informação sobre seus direitos e por desconhecimentos dos locais onde a interrupção legal é feita, muitas mulheres decididas em interromper a gravidez podem recorrer a locais que fazem aborto clandestino, quase sempre praticado de forma insegura. Temos que questionar ainda quanto ao cumprimento das políticas públicas sobre aborto de acordo com as normativas médicas e científicas atuais, pois temos relatos já um pouco defasados (2006) que mostravam que entre mais de 700 municípios brasileiros quase 40% das secretarias municipais de saúde não sabiam sequer responder se contavam com serviço preparado para realizar o aborto em situações de violência sexual e outros 30% simplesmente declaram que não realizam o procedimento, indiferente quanto às consequências para a mulher (Drezett, 2012).

Epidemiologia do aborto no Brasil

Aborto legal e aborto ilegal

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública informou que, em 2018 no Brasil, ocorreram cerca de 180 estupros por dia, sendo um registro de violência doméstica a cada 2 minutos e mais de 1.026 feminicídios, dos quais 88,8% foram causados pelo próprio companheiro.

Assim, conforme a publicação da Organização Mundial da Saúde, (OMS, 2013), a cada ano estima-se que 208 milhões de mulheres fiquem grávidas. Entre elas, 59% (ou 123 milhões) têm uma gravidez planejada (ou desejada) levando a um nascimento com vida, a um abortamento espontâneo ou a uma morte fetal intrauterina. Os 41% restantes (ou 85 milhões) das gravidezes não são desejadas, tornando assim o abortamento uma possível opção. Dados mais recentes (Bearak, 2020) analisando o período entre 2015 e 2019 demonstram que houve, no mundo, em média 121,0 milhões de gestações indesejadas anualmente, sendo que 61% das gestações indesejadas terminaram em aborto (totalizando 73,3 milhões de abortos anualmente), correspondendo a uma taxa global de 39 abortos por 1000 mulheres com idade entre 15 e 49 anos.

Ganatra em 2017 já categorizava aborto como seguro e inseguro, em que este pode ser subclassificado em menos seguro ou mais inseguro. No entanto, salienta-se que nem todo aborto induzido não legal seja inseguro, tendo em vista que isso depende do método utilizado para a sua realização e do tipo de profissional responsável pela assistência, bem como da ilegalidade e da clandestinidade do procedimento (Domingues, 2020). Dessa forma quando discutimos a questão do aborto inseguro, devemos entender que, aqui, estamos tratando do aborto ilegal, ou seja, aquele que não é previsto nas leis brasileiras.

Sendo assim, a revisão sistemática realizada por Domingues mostra por meio de estimativas diretas a prevalência do aborto inseguro, em estudos de abrangência nacional variando de 2,3% a 16,3%, e em estudos locais variando de 1,2%, entre mulheres de 15 a 24 anos, a 81,9% em meninas de 12 a 19 anos com vida sexual ativa que já haviam engravidado. Já a ocorrência estimada variou de 865 mil a 503 mil abortos entre 2013 a 2015 no país. Com isso, o perfil das mulheres que realizam tal procedimento e os fatores associados

ao aborto inseguro pôde ser relacionado ao aumento da idade, raça/cor não branca, baixa renda, residência em zona rural ou migração, ter trabalho remunerado, não ter religião, ser solteira/não viver com o parceiro, início precoce da atividade sexual, ter mais de um ou dois parceiros no último ano, maior número de parceiros sexuais na vida, uso de álcool e drogas. Em relação à escolaridade, foi encontrada associação do aborto inseguro com a baixa escolaridade, embora também tenha se encontrado associação entre a alta escolaridade e interrupção de gestações consideradas indesejadas. Também foi visto que, quando comparados abortos inseguros e seguros, observou-se maior frequência dos primeiros entre mulheres de menor renda, escolaridade, de raça/cor preta e imigrante.

Quando analisamos o cenário do aborto legal no Brasil, segundo o artigo de Madeiro & Diniz (2016) que mapeou os serviços de aborto legal no Brasil, foram identificados, no período de 2013 a 2015, 68 serviços de aborto legal, registrados no Ministério da Saúde, onde apenas 37 desses serviços estavam ativos, e assim distribuídos pelas regiões: 5 no Norte, 11 no Nordeste, 3 no Centro-oeste, 12 no Sudeste e 6 no Sul, concentrados em capitais e em grandes centros. As situações em que a interrupção da gravidez foi realizada variaram nesses centros: estupro (motivo mais frequente para a demanda), em todos os serviços; risco de vida para a mulher, em 27/37; e casos de anencefalia, em 30/37. Os serviços em atividade também informaram que de 5.075 demandas, 2.442 abortos legais foram realizados no país. O primeiro serviço foi criado em 1994 e o mais recente em 2014. Cinco serviços (não discriminados, um de cada macrorregião do país) foram escolhidos para a investigação mais detalhada com análise de 1.283 prontuários. Dessa forma, em relação às características sociodemográficas, as mulheres eram, em sua maioria, jovens entre 15 e 29 anos, solteiras e católicas (43%). Quanto à escolaridade, 41% tinham menos ou igual a 8 anos de estudos, 47% o Ensino Médio e 14% o Ensino Superior, sendo que o principal motivo para o aborto legal foi o estupro (94%). A idade gestacional predominante para a interrupção da gravidez foi entre 9 e 14 semanas (41%) e a antecipação do parto por anencefalia foi responsável pela maioria dos casos de interrupção acima de 20 semanas (apenas 5%).

Manejo hospitalar da vítima de violência sexual

A gestante que procura o serviço de saúde em busca do abortamento legal em cenário de gravidez decorrida de violência sexual deve ser acolhida pela equipe multiprofissional com um atendimento humanizado e livre de julgamentos. O diálogo deve ser claro e adequado, mantendo a mulher informada em todos os passos do atendimento de modo a respeitar sua autonomia e direito de escolha no que tange à interrupção ou à manutenção da gravidez. Todos os profissionais da equipe devem estar presentes de forma transversal durante toda a atenção à mulher, cumprindo cada qual seu papel na promoção do acolhimento adequado em sua área de formação (Ministério da Saúde, 2012).

O abortamento legal por gestação resultante de violência sexual pode ser realizado até a 22ª semana de gestação e/ou com conceito de peso abaixo de 500 g. Tendo sido confirmada a gravidez, a gestante (ou representante legal no caso de menores de 18 anos) que deseja realizar a interrupção deve ser adequadamente orientada pela equipe de saúde e assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização do procedimento no qual a gestante confirma estar ciente dos potenciais riscos e desconfortos do procedimento, bem como de como ele será realizado, de quem o acompanhará e da garantia do sigilo (salve eventual solicitação judicial), confirmando que foi informada sobre todas as possibilidades de condutas e optou pela interrupção da gestação. Todos os termos mencionados que devem ser preenchidos e assinados para o seguimento do processo de abortamento legal no âmbito do SUS encontram-se nos anexos da portaria no 1.508/GM/MS, de 01/09/2005.

Para determinar a concordância com o período da violência sexual, bem como para a determinação do eventual método de abortamento mais adequado, é necessário estimar a idade gestacional. O exame padrão ouro para essa estimativa é a ultrassonografia, mas também podem ser empregados cálculos com base na data da última menstruação e exame bimanual da pelve. Além disso, é importante obter um panorama clínico geral do estado de saúde da paciente, através de anamnese, exame clínico geral e exame tocoginecológico, bem como tipagem sanguínea, hemograma e eventuais exames laboratoriais complementares, de modo a rastrear potenciais fatores que possam influir no procedimento de abortamento.

De acordo com a nova portaria do Ministério da Saúde de 2020, deve ser preenchido o Termo de relato circunstanciado pelo paciente ou seu representante legal, detalhando dia, hora e local onde ocorreu a violência, características e descrição dos agentes violadores, se houve testemunhas etc. O documento deve ser assinado pela gestante ou representante legal, pelo médico que fez a escuta do relato e por mais um profissional da equipe de saúde. Ao final desse processo, o médico ginecologista deve escrever um parecer técnico descrevendo anamnese, exame físico e dados de ultrassonografia, e atestando que a idade gestacional observada é compatível com a data alegada do estupro. A equipe multiprofissional responsável pelo atendimento deve assinar o termo de aprovação de procedimento de interrupção de gravidez, concordando com o parecer técnico realizado, confirmando que não há suspeita de falsa alegação de crime sexual, e aprovando o processo de interrupção. Esses novos entraves burocráticos que poderiam coibir a procura das pacientes pelos serviços de saúde vem sendo amplamente discutidos pelas instâncias responsáveis: conselhos, entidades de classe, entidades jurídicas, população etc.

Para um procedimento de interrupção seguro é necessário que o serviço de saúde possua insumos suficientes e que as técnicas empregadas sejam adequadas e realizadas por profissionais capacitados. Em gestações de até 12 semanas o método mais recomendado para a interrupção da gravidez é a aspiração a vácuo intrauterina. A aspiração elétrica a vácuo requer bomba de vácuo e fonte elétrica, enquanto a aspiração intrauterina manual é feita apenas com cânulas flexíveis acopladas a seringas a vácuo. A técnica promove aspiração da cavidade uterina, e pode, em gestações iniciais, ser realizada sem a necessidade de dilatação cervical. Pode ser considerada a possibilidade de preparação do colo do útero com o medicamento de uso exclusivo hospitalar Misoprostol, uma versão sintética da prostaglandina E1 (PGE1), de modo a tornar o procedimento mais rápido preparando o colo e minimizando o risco de complicações, especialmente nos casos de gestante nulípara, adolescente ou com anomalia ou cirurgia pélvica prévia.

A curetagem uterina consiste na dilatação cervical e posterior utilização de curetas e pinças para a raspagem e extração do conteúdo uterino. Por oferecer mais riscos, como perfuração uterina

e sangramento excessivo, deve ser empregada apenas quando não há disponibilidade de aspiração manual intrauterina. No caso da curetagem também pode ser empregado o método de preparação do colo uterino com o misoprostol, com as mesmas indicações.

O método farmacológico de abortamento com misoprostol pode ser utilizado como método de interrupção da gravidez tanto no primeiro quanto no segundo trimestre. A via de administração preferencial é a vaginal, por ter menos efeitos colaterais do que a via sublingual. Em gestações de primeiro trimestre as doses recomendadas para a via vaginal são de 800 microgramas aplicados nos fundos de saco laterais da vagina a cada 6 ou 12 horas, completando três doses, e para a via sublingual 800 microgramas a cada 4 horas, completando três doses. Caso o abortamento não ocorra em até 72 horas o esquema farmacológico pode ser repetido, nas mesmas doses, por até uma semana do início do tratamento. A interrupção de gestações de segundo trimestre deve ser sempre realizada com a mulher internada até a conclusão do abortamento. Para gestações entre 13 e 15 semanas a dose recomendada é de 400 microgramas por via vaginal. Caso não ocorra o abortamento pode ser repetida a dose em 6 ou 12 horas. Caso não ocorra o abortamento em 24 horas, devem ser administrados 800 microgramas com intervalos de 12 horas e máximo de quatro doses. Para gestações entre 16 e 20/22 semanas a recomendação é a administração por via vaginal de misoprostol 200 microgramas. Caso não ocorra o abortamento pode ser repetida a dose em 6 ou 12 horas. Caso não ocorra o abortamento em 24 horas, devem ser administrados 400 microgramas com intervalos de 12 horas e máximo de quatro doses. Os possíveis efeitos colaterais do misoprostol, mais comuns na via sublingual, são sangramento excessivo, náuseas, vômitos, diarreia, febre e calafrios. O método farmacológico com misoprostol é contraindicado, ou deve ser usado com muita cautela, em mulheres com hepatopatias severas, coagulopatias, histórico de alergia a prostaglandinas, cardiopatias, vasculopatias, neuropatias, diabetes ou hipertensão arterial descompensada.

Casos de gestações entre 20 e 22 semanas devem ser avaliados individualmente, dada a possibilidade de imprecisão na estimativa da idade gestacional. Em gestações com mais de 22 semanas não há indicação de interrupção da gravidez, devendo

a mulher ser informada dessa impossibilidade e orientada para acompanhamento pré-natal especializado, bem como sobre alternativas como o processo de adoção.

No procedimento deve se garantir o alívio da dor da mulher, adequando os métodos de analgesia empregados ao procedimento de abortamento realizado bem como às necessidades individuais de cada paciente, que deve ser estimulada a participar da escolha do método de alívio de modo a minimizar seu desconforto e sofrimento. A existência de infecção genital inferior prévia ao abortamento confere risco aumentado para infecções mais severas após o procedimento de interrupção e deve ser sempre investigada. Dada a possibilidade de risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis em situações de violência sexual bem como de sua apresentação assintomática ao exame, é recomendado o uso profilático de antibióticos mesmo não havendo sinais de infecção. Em ausência de protocolo hospitalar específico, é recomendada antes do procedimento de interrupção a profilaxia com antibióticos. Amostras do material embrionário do abortamento induzido devem ser analisadas e, preferencialmente, armazenadas, de modo que estejam disponíveis para eventual investigação de DNA solicitada pelo Poder Judiciário. Contudo, na prática, poucos locais no Brasil tem esta possibilidade de armazenamento de material.

A paciente pode receber alta hospitalar após sinais vitais estáveis estando plenamente recuperada de quaisquer métodos anestésicos empregados, sendo informada sobre sintomas comuns e esperados na recuperação (sangramento vaginal de volume máximo igual ao menstrual e cólicas abdominais moderadas) e sinais de alerta que devem estimular a procura pelo serviço de saúde (sangramento e cólicas excessivas, febre e corrimento vaginal anormal).

Uma consulta de reavaliação deve ser realizada entre 7 e 10 dias do procedimento, onde a mulher já pode ser orientada quanto ao planejamento reprodutivo pós-abortamento, possibilidades de métodos de anticoncepção, bem como seguimento da investigação de eventuais infecções sexualmente transmissíveis adquiridas no momento do ato. É essencial que também sejam amplamente discutidas e acompanhadas as consequências emocionais desta violência e suas repercussões futuras sobre a vida sexual da paciente.

Constituições brasileiras: o aborto

A primeira Constituição do Império do Brasil de 1824, a Carta Magna de 1891 e as Constituições dos Estados Unidos do Brasil, de 1934 e de 1937, não tratavam sobre o asseguramento da inviolabilidade à vida. Em 1942, quando o Brasil passava pelo período do chamado Estado Novo (1937- 1945), entrou em vigor o ainda atual código penal brasileiro, promulgado via Decreto-lei no 2.848/1940 (Código Penal, 1940).

A Constituição de 1946, conhecida como a Constituição da República Populista é aquela que expressou os ideais liberais que estavam vigentes anteriormente na constituição de 1934. Assim, a Constituição de 1946 trouxe consigo os direitos individuais, o voto secreto, e até mesmo a formação de partidos políticos, além disso, esse documento estabeleceu o direito da inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, por meio do seu artigo 141 e que foi sucedido nas constituições seguintes. Contudo, o aborto somente foi referido na legislação brasileira a partir da promulgação do Código Penal de 1942 via Decreto-Lei 2.848/1940, qual ainda se mantém em vigor no Brasil (Código Penal, 1940). Dessa forma, esse assunto apenas foi abordado pelo Código Penal (CP) em seus artigos 124, 125 e 126 e 127, como sendo um ilícito penal passivo de pena; contudo no artigo 128, incisos I - "se não há outro meio de salvar a vida da gestante" - e II - "no caso de gravidez resultante de estupro", do referido código, dadas situações se configuram como exceções onde é possível a prática do aborto (discutido por Nunes em 2016).

No período de 1964 a 1979 –, as discussões públicas sobre a realização do aborto pelas vítimas de estupro eram escassas. Na esfera do Estado, o Executivo chegou a decretar um novo Código Penal em 1969, que acabou não entrando em vigor e teve desdobramentos até 1978: mantinha a incriminação do aborto, com exceção dos dois permissivos do código anterior, mas alterava as punições, introduzia controles do Estado para o aborto permitido por lei e aumentava a pena para a mulher que provocasse o auto-aborto, ou que permitisse que alguém o fizesse, embora a reduzisse na situação da denominada defesa da honra. Refletia, assim, a ausência de um debate democrático sobre o tema.

Quanto à discussão no Legislativo, 13 projetos de lei foram apresentados, porém a maioria voltava-se para a liberação da

divulgação dos meios anticoncepcionais na Lei das Contravenções Penais, não estando, portanto, no centro do debate sobre a questão do aborto.

A Constituição de 1988, mais recente, e a carta vigente atualmente, preza, no caput de seu 5º artigo, pelo direito à vida:

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...)

Dessa maneira, percebe-se que a Constituição que rege nosso sistema jurídico preza pela vida e, desse modo, não permitiria, a princípio, o aborto legal. No entanto, houve posteriormente uma flexibilização desse artigo pela nossa ordem jurídica em casos específicos: o aborto sentimental ou humanitário - no qual a gravidez é originária de um crime contra a dignidade e liberdade sexual, o estupro - e o aborto necessário ou terapêutico - quando manter a gravidez traria risco à vida da mulher, assim, sacrifica-se a vida do feto em virtude da vida materna.

É mister citar, também, que o Supremo Tribunal Federal descriminalizou o aborto quando o feto sofre de anencefalia, em decisão tomada no ano de 2012.

Em Agosto de 2020 a portaria de número 2.282 foi oficializada pelo Ministério da Saúde, na qual o profissional de saúde que atendesse a mulher que fora violentada deveria, obrigatoriamente, realizar a notificação à autoridade policial:

Art. 1º - É obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a paciente dos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro.

A portaria 2.282 recebeu diversas críticas de instituições - dentre elas: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade (SBMFC), Conselho de Defensores Públicos Gerais (CONCEGE), diversos conselhos estaduais dos Direitos das Mulheres, diversos conselhos regionais de Psicologia, diversas Associações de Enfermeiros e médicos da FMC (Fernandes, 2020).

Tais críticas discorrem sobre a decisão de recorrer ao aborto legal passar a ser atrelada, necessariamente, à abertura de um processo criminal contra o agressor. Essa união de decisões poderia dissuadir mulheres, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade - adolescentes, mulheres cujo agressor faz parte do próprio núcleo familiar, mulheres que buscam o serviço médico após um tempo ter passado da agressão - de exercer seu direito ao aborto legal em caso de estupro. Ainda, fere o respeito à autonomia e à autodeterminação.

Além disso, a necessidade de notificação à autoridade policial foi considerada por diversos órgãos médicos e jurídicos como quebra do sigilo médico-paciente e, subsequentemente, ao direito de intimidade. Assim, contribuindo, também, para que essas mulheres não somente deixassem de buscar o aborto legal, mas, também, deixassem de procurar acesso à saúde em geral.

Por fim, também é previsto nesse decreto que a equipe ofereça à paciente a possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia. Esse trecho do texto em particular recebeu inúmeras críticas devido ao fato de ser uma tentativa velada de personificar o feto, contribuindo para maior fragilidade da mulher e, eventualmente, podendo ser considerada violência psicológica:

Art. 8º - Na segunda fase procedimental, descrita no art. 4º desta Portaria, a equipe médica deverá informar acerca da possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia, caso a gestante deseje, e essa deverá proferir expressamente sua concordância, de forma documentada.

A portaria em questão foi revogada pela portaria no 2.561, de 23 de Setembro de 2020. Foi-se, então, retirada a necessidade de oferecer a visualização do feto ou embrião à mulher. No entanto, os outros artigos foram mantidos, ou seja, a violação dos direitos humanos, do direito à intimidade, à autonomia e à autodeterminação segue em voga. No presente decreto, é necessário, ainda, que a vítima ou responsável legal passem por um Termo de Relato Circunstanciado do evento, descrevendo, para dois profissionais de saúde, I - local, dia e hora aproximada do fato; II - tipo e forma de violência; III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e IV - identificação de testemunhas se houver.

O momento atual é de discussão e debate quanto a modificações jurídicas da legislação sobre abortamento permitido por lei, mesmo em meio a uma das piores pandemias experienciadas pela humanidade na idade contemporânea. Recentemente, os estados têm divulgado individualmente sugestões pontuais para ajustes à lei federal, como a realizada pelo estado do Rio Grande do Sul (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021).

Referências

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; PIRES, T.O.; GOMES, D.L. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012; 17:2305-17. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n9/2305-2317/pt>>.

AZEVEDO, M. A. Mulheres espancadas: a violência denunciada. Rio de Janeiro: Cortez, 1985.

BEARAK, J.; POPINCHALK, A.; GANATRA, B.; MOLLER, A.; TUNÇALP, Ö.; BEAVIN, C. et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Global Health* 2020, vol. 8, Issue 9, September 2020, pg e1152-e1161. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X20303156>>. Acesso em 21 Fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Normas e manuais técnicos: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3a edição. Série A. Brasília, 2012.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Art. 128, inciso II. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 23 Fev. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1.989 de 14 de maio de 2012. Disponível em <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-cfm-no-1-989-de-14-de-maio-de-2012/>>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Constituição federal de 1946. Artigo 141. Disponível em <<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10616675/artigo-141-da-constituicao-federal-de-18-de-setembro-de-1946>>. Acesso em 22 Fev. 2021.

BRASIL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Nota Técnica Conjunta 05/01/2021.

Orientação sobre o atendimento à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>.

BRASIL. LEI No 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009. Casa civil, subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No 2.561, de 23 de Setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Número 2.282, de 27 de Agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>>. Acesso em 25 de Fev. de 2021.

CERQUEIRA, D; COELHO, D.S.C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014, p.6.

CORREIA, A. P. S. 2012. O estudo da violência de gênero e sua intersecção com raça e classe. Disponível em <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372806721_ARQUIVO_CorreiaAPSII.pdf>.

DOMINGUES, R.M.S.M. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 36, supl. 1, e00190418, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Fev. 2021.

DREZETT, J. O impacto da violência contra a mulher sobre sua saúde. In: PITANGUY, J., MOTA, A. Os novos desafios da responsabilidade política. Cadernos Fórum Civil, nº 6. Rio de Janeiro: CEPIA, 2005, p. 53-70.

DREZETT, J.; PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. Cienc. Cult., São Paulo, v. 64, n. 2, p. 35-38, 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200015>>. Acesso em 01/02/2021.

FEBRASGO. Nota de Esclarecimento da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da FEBRASGO sobre a Portaria GM No 2.282, de 27 de agosto de 2020, 2020. Disponível em <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1116-nota-de-esclarecimento-da-comissao-nacional-especializada-de-sexologia-da-febrasgo-sobre-a-portaria-gm-n-2-282-de-27-de-a-gosto-de-2020>>. Acesso em 25 de Fev. 2021.

FERNANDES, A.; SURITA, F.; BARBOSA CACIQUE, D. Unicamp, 2020. Em nota, médicos e docentes da FCM criticam portaria que modifica

procedimentos para aborto legal em vítimas de estupro. Disponível em: <<https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2020/09/10/em-nota-medicos-e-docentes-da-fcm-criticam-portaria-que-modifica-procedimentos>>. Acesso em 25 de Fev. 2021.

FONSECA, S.C. et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00189718, 2020.

Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Fev. 2021. Epub Feb 10, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189718>.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Estatísticas sobre violência de gênero e sexual do. Disponível em <<https://forumseguranca.org.br/estatisticas/>>. Acesso em 22 de Fev de 2021.

GANATRA, B.G.; GERDTS, C.; ROSSIER, C.; RONALD JOHNSON JR, B; TUNÇALP, Ö.; ASSIFI, A.A. et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 2017, vol 390, Issue 10110, pg 372-2381. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)>. Acesso em 21 Fev. 2021 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).

MADEIRO, A.P. & DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Fev. 2021.

NUNES TELES, E.; ALISSON DUMER RIBEIRO, Y.; JOSÉ GAGLIETTI, M. Breve análise crítica a respeito da legalização do Direito ao Aborto. VII Mostra de Iniciação científica e extensão comunitária; VI Mostra de pesquisa e pós-graduação IMED, 2016. Acesso em 23 Fev. 2021.

OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Violência contra as mulheres. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>.em Organização Mundial da Saúde (OMS). *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde – 2a ed.* 2013.

SAFFIOTI, H.I.B.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.