



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA
BEATRIZ GUSMÃO AZEVÊDO

**AVALIAÇÃO DAS NEGATIVAS DOS PEDIDOS DE INTERRUÇÃO DA
GRAVIDEZ EM UMA UNIDADE REFERÊNCIA PARA O ABORTO LEGAL**

Salvador- BA
2021

Beatriz Gusmão Azevêdo

AVALIAÇÃO DAS NEGATIVAS DOS PEDIDOS DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ EM UMA UNIDADE REFERÊNCIA PARA O ABORTO LEGAL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina.

Orientador: David da Costa Nunes Júnior

Salvador – BA

2021

AGRADECIMENTOS

Queria aproveitar o espaço para agradecer aos três pilares que me alicerçaram na realização desse trabalho, e também na jornada desses quatro anos da medicina.

Primeiramente quero agradecer à minha família, afinal, sem eles nada disso seria possível. Caminhamos juntos com muito amor e com muita vontade de dar certo durante esses quatro anos de faculdade, e nesse final de ano concluímos mais uma etapa da nossa vitória. Rumo aos dois últimos anos da minha jornada na faculdade de medicina.

Ao professor David Nunes pelo exímio parceiro que foi durante esses quase dois anos de trabalho. Meu agradecimento especial por ter acreditado no meu potencial e de ter ofertado uma chance de me tornar ao longo dessa construção uma pessoa melhor e, acredito que uma melhor futura profissional também. À professora Thaís Calazans pela disponibilidade incansável em me ajudar, bem como por seu entusiasmo e também por seu carinho.

Aos meus amigos, por terem caminhado comigo até aqui, trocando, de forma mútua, todas nossas experiências em comuns. E por fim, porém não menos importante, ao meu amor, por toda paciência e dedicação nos momentos que precisei, é muito bom poder contar com você e caminhar ao seu lado.

*A todas as mulheres que sofrem com a
violência sexual e com as relações
desiguais de gênero. A dor de uma
sempre será a dor de todas nós.*

RESUMO

Introdução: De acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde (MS) o abortamento refere-se à interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com o conceito pesando menos que 500g. Os casos em que o abortamento é previsto na legislação brasileira são conhecidos como Aborto Legal. As barreiras de acesso ao serviço ocasionam uma oferta inadequada do procedimento às gestantes que desejam realizar a interrupção voluntária da gravidez. Como consequência, o desfecho para muitas destas mulheres é a negação dos pedidos de interrupção da sua gestação. **Objetivo:** Analisar as negativas para a realização do abortamento previsto em Lei em uma unidade referência, no período de 2016 a 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, realizado em uma unidade de referência para Aborto Legal no estado da Bahia. A partir dos dados coletados dos prontuários de todas as pacientes que tiveram seus pedidos de interrupção da gravidez negados, entre 2016 a 2020, foram tabuladas as variáveis quantitativas e qualitativas dos pedidos negados de interrupção voluntária da gravidez, através de uma planilha Microsoft Office Excel 2007® para uma análise descritiva dos dados. A média e o desvio padrão foram utilizados na variável numérica de distribuição normal. A frequência absoluta e a frequência relativa foram utilizadas nas variáveis qualitativas. **Resultados:** Houve um total de 36 negativas (12,28%), entre 2016 a 2020. O perfil sociodemográfico das mulheres vítimas de violência sexual que procuraram o serviço eram mulheres solteiras, na segunda década de vida, e autodeclaradas pardas em relação à cor da pele. A maioria dos agressores, 44,44%, eram indivíduos desconhecidos, contra 41,67% conhecidos. Em relação à circunstância da violência sexual, 74% dos casos não estavam relacionados ao uso de álcool ou drogas. Em 41,66% dos casos, as negativas foram por motivos de idade gestacional (IG) avançada, e em 19,44% por incompatibilidade de datas. O sentimento de culpabilização pelo estupro e vergonha pela gestação fruto da violência sexual foi comum no relato das pacientes atendidas. **Conclusão:** O estado da Bahia carece de mais serviços de referência para Aborto Legal a fim de diminuir a distância entre o local do serviço e a residência das vítimas, evitando atrasos na chegada ao serviço por motivos de dificuldade no seu acesso. Além disso, é preciso políticas públicas que informem às mulheres sobre o abortamento previsto em lei, a fim de mitigar as barreiras de acesso ao serviço por motivos de desinformação. Foi observado nesse estudo que o principal motivo de negação dos pedidos foi devido à idade gestacional avançada. Esta se correlaciona com a demora na busca pelo serviço de abortamento após o estupro sofrido, em virtude da desinformação sobre os critérios para o procedimento, bem como das relações desiguais de gênero, que atribuem à mulher o sentimento de culpabilização pelo estupro sofrido, incapacitando-a de buscar por auxílio imediato. É possível observar que as relações desiguais de gênero continuam a responsabilizar a mulher que sofreu o estupro pela violência sexual a qual ela foi vítima, além de despertar sentimentos de culpa, medo e humilhação pela gestação fruto dessa violência.

Palavras-chave: Aborto Legal; estupro; gestação.

ABSTRACT

Introduction: According to the technical standard of the Ministry of Health (MS), abortion refers to termination of pregnancy until the 20th or 22nd week and with the conceptus weighing less than 500g. The cases in which abortion is provided for in Brazilian legislation are known as Legal Abortion. Barriers to accessing the service cause an inadequate offer of the procedure to pregnant women who wish to carry out voluntary termination of pregnancy. As a result, the outcome for many of these women is the denial of requests to terminate their pregnancy. **Objective:** To analyze the denials of abortion provided for by Law in a reference unit, from 2016 to 2020. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study, carried out in a reference unit for Legal Abortion in the state of Bahia. From the data collected from the medical records of all patients who had their requests for termination of pregnancy denied, between 2016 and 2020, they were tabulated as quantitative and qualitative variables of the requests for voluntary termination of pregnancy, through a Microsoft Office spreadsheet Excel 2007 ® for descriptive data analysis. The mean and standard deviation were used in the numerical variable with normal distribution. Absolute frequency and relative frequency were used in the qualitative variables. **Results:** There were a total of 36 denials (12.28%), between 2016 and 2020. The sociodemographic profile of women caused by sexual violence who sought the service were single women, in their second decade of life, and self-declared brown in relation to color of the skin. Most aggressors, 44.44%, were unknown individuals, against 41.67% known. Regarding the circumstance of sexual violence, 74% of the cases were not related to the use of alcohol or drugs. In 41.66% of the cases, the negatives were due to advanced gestational age (GA), and in 19.44% due to mismatch of dates. The feeling of guilt for the rape and shame for the pregnancy resulting from sexual violence was common in the reports of the attended patients. **Conclusion:** The state of Bahia lacks more referral services for Legal Abortion in order to reduce the distance between the service location and the victims' homes, avoiding delays in arriving at the service due to difficulties in accessing it. In addition, public policies are needed to inform women about abortion provided for by law, in order to mitigate barriers to accessing the service due to misinformation. It was observed in this study that the main reason for denial of requests was due to advanced gestational age. This is correlated with the delay in seeking the abortion service after the rape suffered, due to misinformation about the criteria for the procedure, as well as unequal gender relations, which attribute to the woman the feeling of guilt for the rape suffered, incapacitating her to seek immediate help. It is possible to observe that unequal gender relations continue to blame the woman who suffered rape for the sexual violence to which she was victim, in addition to arousing feelings of guilt, fear and humiliation for the pregnancy resulting from this violence.

Keywords: Legal abortion, rape, pregnancy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	11
4. METODOLOGIA.....	14
4.1 Desenho do Estudo.....	14
4.2 Local e Período do Estudo	14
4.3 População do Estudo e Amostra	14
4.4 Coleta de Dados	14
4.5 Variáveis do Estudo	15
4.6 Análise dos Dados	15
4.7 Aspectos Éticos	15
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSSÃO	24
7. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde (MS), o abortamento refere-se à interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com o conceito pesando menos que 500g. O termo abortamento refere-se ao ato de abortar, enquanto que o aborto refere-se ao produto da concepção eliminado no abortamento¹. O termo Aborto Legal, amplamente utilizado, embora tecnicamente equivocado, refere-se às interrupções das gestações previstas na legislação brasileira, até a 22^a semana, sendo, após esse período, denominada antecipação do parto².

As decisões legislativas perante a interrupção voluntária da gravidez estão à mercê da ética e da moral em determinado lugar, trazendo impactos na saúde pública e na vida de muitas mulheres com uma gravidez indesejada. Nas situações em que o aborto induzido legal está restrito ou não está disponível, a busca pela interrupção da gravidez em condições insalubres e por profissionais não capacitados é uma realidade para muitas mulheres de baixa renda que não podem pagar por um serviço que lhe ofereça condições mais seguras para realizar o procedimento, sendo esta condição um privilégio das mulheres ricas que podem pagar³.

No Brasil, a interrupção voluntária da gravidez só é permitida em condições pré-determinadas pela lei, diferente da legislação de alguns países do mundo, em que o direito irrestrito ao abortamento é permitido até certa idade gestacional. É previsto no Código Penal Brasileiro, através do Decreto-Lei nº 2.848, criando em 1940, que não há punição do aborto praticado por médico em caso de risco iminente de morte à vida da gestante, ou caso a gravidez resulte de um estupro. O abortamento precisa ser consentido pela gestante, ou quando incapaz, por seu representante legal⁴.

Por conseguinte, em 2012, a Resolução nº 1.989 incluiu caso seja da vontade da gestante, a Antecipação Terapêutica do Parto em casos de anencefalia, de acordo com as diretrizes diagnósticas previstas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). O Código Penal brasileiro refere-se ao Aborto Legal apenas os casos de gravidez resultante de estupro ou risco à vida gestante, uma vez que nestes ocorre o fim de uma vida em potencial. Já nos casos de anencefalia, por haver uma anomalia fetal incompatível com a vida extrauterina, a interrupção da

gravidez não se enquadra ao Código Penal, de forma que se denomina Antecipação Terapêutica do Parto, e pode ser realizada em qualquer período gestacional ^{2,5}.

Referente aos casos de má formação fetal, o Supremo Tribunal Federal apenas dispensa uma autorização judicial em casos de anencefalia. Em demais casos diagnósticos de inviabilidade da vida extrauterina é preciso solicitar o pedido de abortamento judicialmente².

O Aborto Legal no Brasil dirige-se, sobretudo, às vítimas de violência sexual. Em 2018, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública divulgou que 66.041 casos de estupro foram registrados naquele ano, sendo mais de 80% dessas vítimas do sexo feminino. Apesar de nem todos os casos resultarem em uma gravidez ou no desejo da gestante de interromper a gestação, o alto número de casos anuais reflete a importância de garantir às mulheres o acesso adequado ao direito previsto em lei sobre a interrupção da gestação, bem como o direito a informação sobre o procedimento ⁶.

O atendimento nas unidades de referência para Aborto Legal em casos de vítimas de estupro é composto inicialmente por quatro etapas: o relato do crime pela vítima (1), um relatório médico (2), um termo de aprovação da interrupção voluntária da gravidez (3) e um consentimento livre e qualificado da gestante (4), sendo todo o procedimento subscrito por três profissionais de saúde. As etapas 2 a 4 também se aplicam às gestantes com risco iminente de morte ⁷.

A desinformação das mulheres e dos profissionais de saúde sobre o serviço de abortamento previsto em lei, como por exemplo, a não obrigatoriedade da apresentação do Boletim de Ocorrência para realização do abortamento em casos de vítimas de estupro, cria barreiras para o livre acesso ao serviço garantido por lei. Políticas públicas têm sido criadas a fim de minimizar o distanciamento entre o que é preconizado na legislação brasileira com o que é realizado na prática. Dentre elas, é possível citar o documento intitulado “Direitos Reprodutivos: Aborto Legal”, produzido em 2018, com o intuito de fornecer informações à população sobre o Aborto Legal e Antecipação Terapêutica do Parto ².

Em 2020, a Portaria nº 2.561 instituiu que os profissionais de saúde devem informar às autoridades responsáveis os casos atendidos de pacientes vítimas de estupro, bem como preservar materiais do embrião ou feto a fim de identificar o autor do crime através do confronto genético. Muitos médicos resistem em assumir essa tarefa, entendendo que ao realizá-la expõem mais a vítima quando esta não

tem o desejo de fazer a denúncia. Assim cabe ao médico incentivar a mulher a denunciar quando esta sentir-se segura, e não incumbir-se da obrigação de fazer. Além disso, não deve haver prioridade em realizar um registro policial em detrimento da assistência médica e do acolhimento à mulher vítima de estupro⁸.

Diante do exposto, é possível perceber que a prática do aborto continua a trazer consigo um significado simbólico sobre o fim da gestação. A figura materna, bem como o imaginário social que engessa a imagem feminina como mãe e mantenedora da continuidade da vida humana não abordam as mazelas da saúde pública e das questões de gênero relacionadas à prática do abortamento, seja ele ilegal ou previsto em lei⁹.

No que concerne à literatura, pouco tem sido relatado sobre as negativas dos pedidos de interrupção da gravidez em unidades de referência para Aborto Legal. As barreiras de acesso ao serviço ocasionam uma oferta inadequada do procedimento às mulheres que têm seu direito de interromper as gestações, reconhecido pela lei. Esse estudo faz-se necessário uma vez que se busca descrever sobre a negação dos pedidos de interrupção voluntária da gravidez, bem como o perfil epidemiológico das pacientes atendidas e o contexto situacional dos pedidos de abortamento nos últimos cinco anos em uma unidade de referência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as negativas para a realização do abortamento previsto em Lei em uma unidade referência, no período de 2016 a 2020.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram negados os seus pedidos de interrupção da gestação.
- Determinar a idade gestacional no momento da solicitação.
- Descrever o contexto de ocorrência da violência.
- Identificar os motivos que determinaram a solicitação da interrupção.
- Avaliar a qualidade dos dados registrados nos prontuários.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Desde que o Decreto do Aborto Legal foi implantado no Brasil, não houve uma regulamentação do serviço de abortamento por quase 50 anos. Esse fato impedia que algumas mulheres pudessem dar seguimento ao procedimento devido a certas exigências do serviço. Como alternativa muitas delas buscavam por clínicas clandestinas para dar fim à gravidez indesejada. Em 1989 o Hospital Municipal Dr. Arthor Ribeiro de Saboya, em São Paulo, implantou o primeiro serviço público com um programa regulamentado para o atendimento da gestante vítima de estupro, com exigências para o procedimento do Aborto Legal que incluíam, por exemplo, apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) policial, além de um máximo de 12 semanas de gestação¹⁰.

No ano de 1999 surgiu a primeira regulamentação nacional do abortamento previsto em lei, através da norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes a Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”. Os desfechos da violência sexual, como uma gravidez indesejada e a conduta sobre esta, é uma questão de saúde pública reconhecida pelo MS. Este, também ratifica ser obrigação dos profissionais informar às mulheres os seus direitos perante a violência sexual sofrida, dentre eles, o direito ao abortamento. As condutas contidas nas diretrizes são imprescindíveis, a fim de se evitar erros por motivos de desinformação, sendo esta considerada ilegal e incorreta^{10, 11}.

Apesar das normatizações, estudos mostram uma incompatibilidade do que é preconizado pelas normativas com o que é realizado e informado nos serviços de abortamento. Acerca do conhecimento dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre as normativas para o processo de Aborto Legal no Brasil, uma pesquisa realizada entre os anos de 2003 e 2005, demonstrou que entre esses anos houve um aumento no percentual de médicos que acreditavam ser necessária a apresentação do Boletim de Ocorrência para o direito ao abortamento legal¹².

Em 2012, outro estudo com 1.690 obstetras brasileiros mostrou através de uma pesquisa por questionário que 81,6% dos médicos solicitaram Boletim de Ocorrência ou autorização judicial para garantir o procedimento. Enquanto que alguns médicos declararam que pediam para que as pacientes repetissem o relato do estupro para diversos profissionais, e outros alegaram objeção de consciência quando duvidam da veracidade da história contada pelas vítimas¹³.

Uma pesquisa sobre ‘a verdade do estupro’ nos serviços de abortamento no Brasil encontrou entre os 82 profissionais de saúde entrevistados uma similaridade na ideia de suspeição à narrativa da gestante vítima de estupro. A palavra da mulher é colocada sob investigação a todo o momento, além de precisar ser aprovada por um mínimo de três profissionais diferentes da equipe multiprofissional, como é exigido pela Lei. Assim, quando sua declaração é atestada como insuficiente, não há acesso ao serviço¹⁴.

A cartilha informativa intitulada “Direitos Reprodutivos: ‘Aborto legal’”, baseada nas diretrizes do MS, esclarece mais uma vez que cabe à gestante a responsabilidade pelos fatos narrados, e à equipe médica apenas um parecer técnico sobre a data da idade gestacional e a data da violência relatada, além de não ser necessário o Boletim de Ocorrência policial, ou qualquer outra documentação comprobatória da violência sofrida⁶.

Uma pesquisa realizada em 2006, época em que os casos de anencefalia precisavam de autorização judicial, contabilizou um tempo médio de 16,6 semanas para a autorização do pedido. Das 35 pacientes entrevistadas após o procedimento, 60% relataram sentimentos negativos sobre o procedimento, 51,4% não tiveram dúvidas quanto à decisão tomada e 91% disseram que adotariam a mesma atitude em situação semelhante. O estudo concluiu ser necessário um acompanhamento psicológico para minimizar o sofrimento vivenciado e auxiliar na tomada de decisão¹⁵.

No concerne à atuação dos serviços, um estudo que analisou 1.283 prontuários em cinco serviços de Aborto Legal em cada região do país demonstrou que um destes serviços era responsável por 80% dos procedimentos registrados, sendo que em um deles só havia registros dos últimos cinco anos do serviço. A sobrecarga de atendimentos de algumas instituições de referência para Aborto Legal, perante outras também regulamentadas para o procedimento, bem como a falta de uma documentação nessas instituições que realizam o abortamento demonstram o despreparo do serviço que é ofertado à população¹⁶.

Diante do exposto, a busca pelo abortamento clandestino torna-se a alternativa pra muitas gestantes. A realização clandestina dificulta a elaboração de estatísticas confiáveis sobre esse evento, como o número de casos/ano. A plena realização dos pedidos de interrupção voluntária da gravidez garantidos por lei, sem as barreiras de acesso citadas anteriormente, evita a morte materna por

complicações dos abortos inseguros. Nessa perspectiva, surge uma forte desigualdade entre o lado que pode pagar por um atendimento de saúde apropriado, ainda que de forma clandestina, do outro, composto pela grande maioria da população que realiza o procedimento em condições insalubres e inseguras¹⁷.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Esse trabalho é um estudo descritivo de corte transversal.

4.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado na maternidade Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba), localizado no bairro de Brotas, em Salvador-BA. A maternidade é referência em atendimento especializado à saúde da mulher e do recém-nascido, além de ser o primeiro hospital do estado da Bahia a ser especializado em atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, desde 2002 quando foi implantado o serviço de abortamento na unidade em consonância com o Decreto-Lei nº 2.848. É um hospital de médio porte e credenciado pelo Ministério da Educação (MEC) como hospital de ensino.

4.3 População do Estudo e Amostra

A amostra foi constituída de gestantes que tiveram seus pedidos de interrupção voluntária da gravidez negados em uma unidade de referência para Aborto Legal, Instituto de Perinatologia da Bahia, no período compreendido entre 2016 a 2020.

Todas as negativas registradas pela unidade em estudo e que estavam dentro do período delimitado para a pesquisa foram incluídas na análise dos dados, independente do fator quantitativo ou qualitativo das variáveis que constavam nos registros feitos pelo serviço.

Não houve critérios de exclusão.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no primeiro trimestre do ano de 2021 na própria unidade de referência para abortamento previsto em lei. Foram acessados todos os prontuários físicos, com os registros médicos e os registros do serviço social, e os registros informatizados do serviço de psicologia dos atendimentos prestados às mulheres, no período compreendido entre 2016 a 2020, sendo omitidas e

resguardadas as identidades das pacientes do estudo, como demanda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre o sigilo das informações do paciente.

Foi utilizado para o auxílio dessa coleta de dados uma planilha desenvolvida no programa Microsoft Office Excel 2007® para tabulação e posterior análise das variáveis previamente delimitadas pelo estudo. Demais variáveis encontradas durante a coleta de dados foram incluídas no estudo.

Todo material proveniente da pesquisa será armazenado em um computador no qual só o pesquisador terá acesso, durante um período de cinco anos conforme Resolução 466/12, e depois desse período serão destruídos através da exclusão dos documentos contidos no computador.

4.5 Variáveis do Estudo

As variáveis de interesse para o estudo são:

- Ano do prontuário
- Idade
- Cor/etnia
- Motivo da procura do serviço: vítima de estupro ou risco à vida da gestante
- Quantidade de agressores em casos de vítimas de estupro
- Tempo entre a agressão sofrida e a procura para a realização do procedimento de interrupção da gravidez
- Idade gestacional no momento da solicitação
- Se a solicitação foi realizada pela mulher ou por seu responsável legal
- Se o agressor era conhecido pela vítima
- Qual o motivo da negação do pedido de interrupção da gravidez da paciente
- Qual a circunstância da violência sofrida pela vítima

4.6 Análise dos Dados

As variáveis quantitativas e qualitativas foram tabuladas em uma planilha Microsoft Office Excel 2007® para uma análise descritiva dos dados. A média e desvio padrão foram utilizados na variável numérica de distribuição normal. A frequência absoluta e a frequência relativa foram utilizadas nas variáveis qualitativas.

4.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e aprovado pelo CAAE

40530820.8.0000.5544 em consonância com os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

Entre os anos de 2016 a 2020 houve um total de 300 pedidos de interrupção voluntária da gravidez na unidade de referência para Aborto Legal. A quantidade absoluta de pedidos de interrupção da gravidez em cada ano variou entre 47 pedidos no menor ano (2016) a 68 pedidos no maior ano (2019). A quantidade absoluta de pedidos, respectivo para cada ano, está descrita no gráfico 1.

Das 300 pacientes que procuraram o serviço para realizar a interrupção, 293 (97,67%) delas tiveram a gravidez confirmada após realização do exame ultrassonográfico feito na unidade, enquanto seis (2%) não tiveram sua gravidez confirmada, e uma paciente não apresentava informação sobre essa variável (tabela1).

Tabela 1. Resultado do exame ultrassonográfico utilizado para confirmação da gestação, 2016 a 2020.

	Pacientes gestantes	Pacientes não gestantes	Não informado	Total
Nº	293	6	1	300
%	97,67%	2%	0,33%	-

Dentre as 293 pacientes gestantes que solicitaram a interrupção da gestação, 196 delas (66,89%) realizaram o abortamento. Enquanto que 36 pacientes (12,28%) tiveram seus pedidos negados. As pacientes que não retornaram ao serviço para dar continuidade ao atendimento, ou que desistiram do abortamento durante a entrevista ou mesmo na sala do procedimento, corresponderam a 29 pacientes (9,89%). Houve tentativas de contato telefônico pela unidade com as pacientes que não retornaram ao serviço para dar continuidade ao atendimento, porém sem sucesso. Onze pacientes (3,75%) retornaram ao serviço relatando aborto retido ou aborto espontâneo. Dois casos (0,68%) foram encaminhados para outro serviço por risco de vida materna. E em 19 casos (6,48%) não havia informação sobre o desfecho do caso (tabela 2).

Tabela 2. Desfechos dos pedidos de interrupção voluntária da gravidez em pacientes com gestação confirmada (n=293), 2016 a 2020.

Variáveis	Nº de casos	%
Abortamento realizado	196	66,89%
Negativas	36	12,28%
Abandono do procedimento/Desistência	29	9,89%
Aborto retido/espontâneo	11	3,75%
Encaminhamentos	2	0,68%
Não informado	19	6,48%

Em relação às 36 negativas (12,28%), não houve variações significativas no percentual de pedidos negados durante os respectivos anos analisados, sendo 14,70% de negativas no maior ano (2019) e 10,44% de negativas no menor ano (2020). Além disso, foi observada uma distribuição uniforme do número de pedidos negados durante os diversos meses de cada ano (tabela 3) (gráfico 1).

Tabela 3. Negativas referentes aos pedidos de interrupção da gravidez por seus respectivos anos, 2016 a 2020.

Ano	Pedidos (N)	Negativas (N)	Negativas (%)
2020	67	7	10,44%
2019	68	10	14,70%
2018	65	7	10,76%
2017	53	7	13,20%
2016	47	5	10,63%
TOTAL	300	36	-

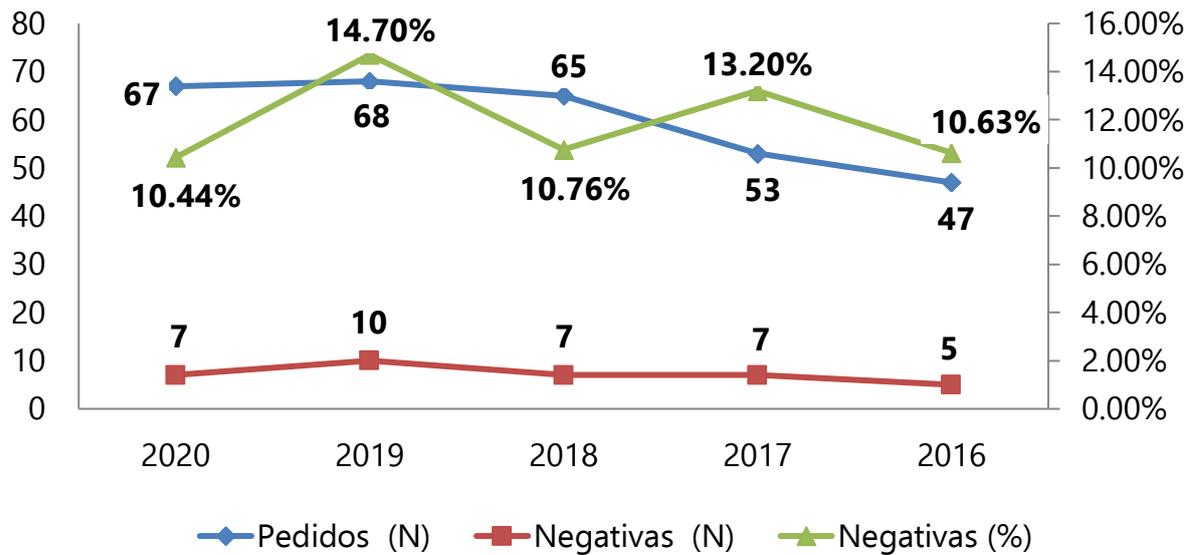


Gráfico 1. Análise gráfica da tabela 3

O serviço atendeu ao todo pacientes procedentes de 45 cidades do estado da Bahia, além do município de Salvador, onde se localiza a instituição, totalizando, assim, 46 municípios. O serviço também atendeu três pacientes vindas de quatro outros estados – Rio de Janeiro, Sergipe, Pernambuco e Ceará.

Dentre as pacientes com negativas, 30,56% delas tinham como procedência outros municípios do estado, sendo 427 km a maior distância que separa um desses municípios registrados em relação à unidade de referência. Além disso, é sabido que muitas mulheres dependem do transporte público para chegarem ao seu destino, tornando a viagem mais demorada e cansativa em virtude do trajeto feito pelo transporte que atende passageiros de outras localidades. No restante dos casos, 66,67% tinha como procedência o próprio município do serviço e apenas um caso não foi informado sobre sua procedência.

O perfil sociodemográfico das pacientes com negativas em relação à autodeclaração do seu estado civil demonstrou que as pacientes solteiras correspondiam a 88,88% dos casos, nesse grupo, nenhuma paciente se declarou ser solteira com união estável. Destas pacientes, com estado civil solteira, 6,45% foram violentadas pelos próprios companheiros. Em relação à autodeclaração da cor, apenas 15 delas (41,66%) foram notificadas. Destas, 14 (93,33%) declararam ser da cor parda e apenas uma (6,6%) da cor amarela. Em relação às idades a

amostra variou de 13 a 39 anos de idade. A média de idade durante os cinco anos analisados foi de 22,56 anos ($\pm 8,38$). (tabela 4)

Tabela 4. Perfil sociodemográfico das pacientes com negativas, 2016 a 2020.

Variáveis	N°	%
Estado Civil (N=36)		
Solteiras	32	88,88%
Casadas	3	8,33%
Não informado	1	2,77%
Cor Autorreferida (N=36)		
Parda	15	41,66%
Amarela	14	93,33%%
Não informado	1	6,66%
	21	58,33%
Variável	\bar{X}	DP
Idade (N=36)		
2016 - 2020	22,56	8,38

As gestantes que chegam ao serviço são atendidas pelo serviço social, por um psicólogo e por um médico, responsáveis por colher o relato da mulher vítima de violência sexual. Excetuando-se um caso, todos os demais pedidos negados de interrupção voluntária da gravidez apresentaram como motivo para a realização da interrupção da gestação a violência sexual sofrida, em consonância com o que consta nos critérios necessários para realização do abortamento previsto em lei. Em um único caso, foi registrado que a gestante havia tido um coito consensual com seu parceiro, que a ameaçava para que abortasse, sendo este o motivo apresentado pela gestante para realizar o abortamento.

A triagem da unidade de referência para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) abarca infecções por HIV 1 e 2, Treponema Pallidum (sífilis), AgHBs (Hepatite B) e anti-HCV (Hepatite C), e deve ser realizada em todas as pacientes vítimas de violência sexual. Das 35 pacientes com negativas que eram vítimas de violência sexual, em apenas 11 casos havia registros nos prontuários sobre a realização da triagem para IST (31,42%), sendo que destas pacientes todas

apresentaram resultados negativos para os testes. Das 24 pacientes restantes (68,57%) não havia registro da realização dos testes de triagem nos prontuários.

Em relação à violência sexual sofrida pelas pacientes com negativas, 41,67% disseram ter conhecimento sobre quem era o agressor, sendo que em 53,33% destes casos foi especificado qual era a relação ou o grau de parentesco que a vítima tinha com este. De acordo com os relatos das vítimas, estes foram: namorado primo, padrinho, padrasto, amigos, vizinhos e conhecidos através de redes sociais. Além disso, observou-se um maior percentual de agressores conhecidos na amostra de pacientes com 13 a 18 anos de idade, que correspondeu a 76,92% destes casos. Já para os casos de agressores desconhecidos, estes corresponderam a 44,44% segundo relato das vitimas (tabela 5).

Tabela 5. Reconhecimento dos agressores de acordo com o relato das pacientes com negativas (n=36), 2016 a 2020.

Variáveis	%
Conhecido	41,67%
Especificada a relação/parentesco	53,33%
Não especificada a relação/parentesco	46,66%
Desconhecido	44,44%
Não informado	13,89%

Em relação à caracterização da circunstância em que ocorreu a violência sexual, em 74% dos casos não houve uso de álcool e outras drogas pelas vítimas. Enquanto que nos 26% restantes dos casos havia relação com o consumo de substâncias responsável por comprometer o estado de consciência, contudo, em alguns destes casos o consumo foi realizado sem conhecimento ou consentimento da vítima (tabela 6).

Em cerca de 28% dos casos foi possível identificar nos registros o local em que ocorreu a violência sexual a partir do relato das vítimas. Destes, 50% dos casos ocorreram em via pública, e nos demais houve relatos de: condução clandestina, residência da vítima ou de familiares, local de trabalho e dentro do veículo de táxi. Além disso, foram apresentadas outras características como: uma vítima forçada a se prostituir, dois casos de estupro por múltiplos agressores e três estupros de

vulneráveis, sendo estes descritos como: paciente que sofre de transtornos comportamentais, deficiente visual e deficiente intelectual.

Uma análise dos motivos da negação dos 36 pedidos de interrupção da gravidez demonstrou que em 41,66% dos casos a idade gestacional (IG) estava avançada, superior a 20 semanas. O registro da IG dessas pacientes variou de 20 semanas a 24 semanas. Nessa amostra, todas as pacientes que tinha entre 13 a 18 anos de idade apresentaram como único motivo para a negação dos pedidos a IG avançada. Na unidade em estudo, o abortamento é realizado preferencialmente em pacientes com menos de 20 semanas, podendo ser realizado em alguns casos até 21 semanas, em virtude do aumento dos riscos de complicações maternas em IG avançadas, como hemorragias, roturas uterinas e infecções (tabela 6).

O segundo critério mais frequente para a negação dos pedidos foi a incompatibilidade de datas, que correspondeu a 19,44% dos casos. Neste, a IG da gravidez era incompatível com a data do estupro sofrido, ou o estupro ocorreu em período muito próximo a um coito consentido, impossibilitando saber de qual relação resultou a gravidez (tabela 6).

Nos demais pedidos negados de interrupção da gravidez (8,35%) as pacientes não atenderam aos critérios estabelecidos pela norma técnica. Em alguns destes casos, foi descrito o motivo da não conformidade com a norma: a gestante não se recordava da data da violência sofrida e incongruência dos relatos (tabela 6).

Os pedidos que não foram especificados quanto ao motivo da negação corresponderam a 30,55% dos casos. Além disso, algumas pacientes preenchiam para mais de um critério de negação dos pedidos (tabela 6).

Tabela 6. Análise dos motivos de negação dos pedidos de interrupção da gravidez, 2016 a 2020.

Variáveis	N	%
Idade Gestacional Avançada	15	41,66%
Incompatibilidade de datas	7	19,44%
Não atendeu aos critérios	4	8,35%
Não especificado	11	30,55%

Foi observado no relato de caso das vítimas de violência sexual uma similaridade no sentimento de culpabilização pelo estupro. A inversão de

responsabilidade pela violência sofrida, além do sentimento de vergonha em expor a gestação para outras pessoas era muito comum no discurso das vítimas, bem como no discurso de alguns de seus acompanhantes ao serviço. A relação de poder criada entre os agressores e as vítimas foi um fator comum para que as mulheres demorassem mais tempo para procurar qualquer tipo de auxílio devido ao medo e à humilhação de expor a violência sofrida para outras pessoas.

Não foram registrados casos de abortamento por motivo de risco à vida gestante na unidade, uma vez que a mesma não apresenta estrutura adequada para o atendimento de mulheres que necessitem de assistência de maior complexidade.

Em 2020 foram registrados dois casos de má formação congênita. Por definição esses casos não preenchem os critérios de Aborto Legal, mas sim de Antecipação Terapêutica do Parto. Estes foram encaminhados para outras unidades de atendimento adequadas para o manejo do caso.

Não foram registrados óbitos maternos ou complicações de gravidade após abortamento durante os últimos cinco anos estudados.

6. DISCUSSÃO

No mundo, de acordo com a OMS, foram realizados cerca de 55 milhões de abortos entre 2010 a 2014, sendo 45% destes considerados inseguros¹⁸. Por sua vez, no Brasil, dados secundários do DATASUS revelam que no estado da Bahia houve 393 internações de abortamento por razões médicas legais, nos anos de 2016 a 2020. A especificação da situação que levou às internações por abortamento – anencefalia, risco de morte a gestante e violência sexual - é secundária e não obrigatória¹⁹. De acordo com o presente estudo, em comparação com as informações do DATASUS, 196 destas internações, (49,87%), foram realizados na unidade de referência nesse mesmo período.

À semelhança do que existe em outros estados, em que há uma maior demanda em determinadas unidades para realização do abortamento legal¹⁶, a unidade foco do presente estudo é responsável pela realização da maioria dos casos de abortamento previsto em lei em todo em estado da Bahia, sendo responsável por cerca de 50% dos procedimentos, bem como atendeu, durante o período analisado, mulheres procedentes de 45 outros municípios do estado, além da capital, sendo o mais distante localizado a 425 km da unidade.

O presente estudo encontrou 12% de negativas dentre os pedidos de interrupção da gravidez durante o período analisado. Um estudo de base nacional encontrou cerca de 50% de pedidos negados no serviço que realizam abortamento legal no país, nos anos de 2013 a 2015¹⁶. Muitos são os estudos sobre as barreiras de acesso ao serviço de abortamento, contudo pouco tem sido relatado sobre os pedidos de interrupção da gravidez negados e os motivos que levaram à sua negação.

Os critérios exigidos para o acesso à realização do abortamento previsto em lei, na unidade do presente estudo, não sofreram modificações durante todo o período analisado. Igualmente, o percentual de negativas em cada ano não sofreu flutuações significativas em suas taxas, variando de 10,63% no menor ano a 14,70% no maior ano. Nesse sentido podemos inferir que os motivos das negativas permaneceram inalterados, embora não tenha sido encontrado nenhum estudo semelhante que avalie os indicadores de negativas ao longo dos anos.

O estudo observou que 2% das mulheres que procuraram o serviço de abortamento na unidade de referência nem ao menos estavam grávidas. Esse achado reflete o temor das mulheres vítimas de violência sexual de estarem grávidas e dos desdobramentos da gravidez indesejada. Temor esse, fruto das relações de gênero, que atribui sentimento de culpa e humilhação às vítimas de violência sexual¹¹.

No presente estudo, das gestantes atendidas durante os últimos cinco anos 3,75% retornaram à unidade relatando aborto retido ou abortamento espontâneo. Esses indicadores podem ser explicados pela evolução natural das gestações, onde cerca de 15 a 20% são interrompidas espontaneamente²⁰. Não é possível descartar, todavia, a possibilidade do autoabortamento, pelo receio dessas mulheres de não conseguirem êxito da sua legítima demanda devido às barreiras de acesso ao serviço.

Das pacientes que procuraram a unidade de referência durante o período do estudo, 0,68% delas foram referenciadas para outros serviços de atendimento em virtude da estrutura insuficiente encontrada nesta unidade para atender as demandas de pacientes de maior complexidade, embora esta unidade responda por quase metade das interrupções das gestações realizadas no estado da Bahia. Isso reflete a necessidade de melhor estruturação da unidade e criação de mais unidades capacitadas para o atendimento dessas mulheres.

Na unidade em estudo, é ofertada às pacientes com negação dos pedidos de interrupção da gravidez a realização do pré-natal na própria unidade. Contudo, muitas vezes o acompanhamento em longo prazo dessas pacientes não é possível de ser realizado, impossibilitando assim, a obtenção de dados sobre os desfechos da gestação e da vida materna após negação dos pedidos, bem como o acolhimento dessas mulheres. Como apresentado por alguns estudos, as vítimas de violência sexual não devem ter um atendimento limitado à emergência, ainda que grávidas ou não grávidas, em virtude da necessidade de acompanhar os diversos desfechos possíveis da violência sexual sofrida²¹.

O perfil sociodemográfico das mulheres com negativas e vítimas de violência sexual, no presente estudo, é caracterizado predominantemente por mulheres solteiras, na segunda década de vida e de cor parda, enquanto que as mulheres casadas corresponderam a uma pequena minoria dos casos. Em consonância com outros estudos, o perfil das mulheres que sofrem abuso sexual é caracterizado por

mulheres solteiras e jovens, provavelmente devido à menor capacidade de reação do que as mulheres mais maduras²². Enquanto que as mulheres casadas estão sub-representadas, tanto no estupro marital quanto no estupro por outros homens²³.

Os dados sociodemográficos presentes no material da coleta de dados do presente estudo são escassos. Nem todas as pacientes apresentam registros nos prontuários para determinadas variáveis, enquanto outras o apresentam. A falta de dados sobre o perfil socioeconômico, escolaridade, realização de abortos prévios e outras variáveis limita a caracterização de um perfil das mulheres que procuram o serviço de abortamento na unidade.

No presente estudo, em 76,92% dos casos de estupro praticado na amostra de pacientes com 13 a 18 anos o agressor era conhecido da vítima. Além disso, nessa mesma amostra, todos os pedidos negados decorreram de uma IG avançada. Como indicam outros estudos, as crianças e os adolescentes são mais propensos a serem agredidos por perpetradores conhecidos, bem como tenham uma avaliação médica mais tardia^{6, 24, 25}. Isto demonstra a maior vulnerabilidade das crianças e adolescentes frente ao estupro, sobretudo quando este é praticado por pessoas que tem fácil acesso à rotina da vítima, tornando muitas vezes difícil a identificação da violência sexual, e conseqüentemente a descoberta tardia da gestação.

O presente estudo observou que nas pacientes com negativas, havia um predomínio de mulheres autodeclaradas pardas. Em discordância, um estudo nacional realizado em 37 instituições do país demonstrou que 51% das pacientes eram da cor branca, seguida por 26% de cor parda¹⁶. Todavia, é imprescindível considerar que a miscigenação da população da Bahia, bem como a influência afrodescendente importante nessa região em comparação com outras regiões do país podem levar à resultados divergentes no que concerne à população mais acometida de acordo com a autodeclaração da cor.

As pacientes testas para IST, no presente estudo, correspondiam a uma minoria de casos de acordo com os registros dos prontuários, e todas estas apresentaram resultados negativos para os testes. A importância da detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis é imprescindível para evitar complicações para o feto e para a gestante, bem como promover a terapêutica adequada. Das mulheres que sofrem violência sexual, 16-58% adquirem ao menos uma infecção sexualmente transmissível. Além disso, a prevalência de IST em mulheres grávidas que sofreram abuso sexual é maior em comparação às grávidas

não expostas a esta violência. Sífilis, clamídia, cancro mole, tricomoníase, hepatite B e HIV, fazem parte do esquema de profilaxia de acordo com recomendações do MS^{11,20}. Diante do exposto, é necessária a triagem de todas as mulheres vítimas de violência sexual.

Importância devida deve ser dada às 6,45% das pacientes solteiras violentadas por seus próprios companheiros, no presente estudo. O Código Penal Brasileiro dispõe contra o estupro marital, que consiste em uma relação forçada entre indivíduos que possuem uma relação conjugal. A dificuldade de se identificar o estupro marital subnotifica as mulheres vítimas dele^{23, 26, 27}.

Em relação às circunstâncias da violência sexual sofrida nas pacientes com negativas, em 76% dos casos esta não ocorreu mediante uso de álcool ou drogas, nem em ambientes em que seu consumo geralmente é recorrente. Em discordância com o que apontam outros estudos, o uso dessas substâncias aumenta a probabilidade de estupro²⁸. Além disso, as vítimas recebem maior responsabilidade de culpa quando consomem álcool antes da agressão²⁹. Diante do exposto, é possível observar as relações desiguais de gênero que atribuem à mulher a culpabilização pelo estupro devido ao seu comportamento considerado inadequado diante da visão patriarcalista.

A IG avançada, principal motivo de negação dos pedidos na unidade, reflete as barreiras de acesso ao serviço e as relações desiguais entre os gêneros. A desinformação das pacientes e a distância entre a unidade de referência e a sua residência são exemplos de barreira ao acesso ao serviço que retardam a chegada da gestante à unidade de referência. Além disso, o patriarcalismo que torna a vítima culpada pela violência sofrida impede que estas procurem por um auxílio imediato. O distanciamento do que é preconizado pela lei em relação ao que é realizado na prática impede o pleno gozo das pacientes ao seu direito, criando barreiras no acesso ao serviço e conseqüentemente desfechos indesejados às mulheres que desejam interromper a gestação^{11, 13, 14}.

O presente estudo observou que nas pacientes com negativas houve uma similaridade no sentimento de culpa e humilhação pela violência sofrida e pela gestação resultante do estupro. Não apenas as vítimas, mas também seus acompanhantes compartilhavam desse sentimento. As situações previstas em lei para o Aborto Legal ou para a Antecipação Terapêutica do Parto possuem como similaridade uma construção moral de vitimização da mulher, seja pela violência do

patriarcalismo ou pelo acaso da natureza¹⁴. Contudo, a desigualdade nas relações de gênero continua a responsabilizar as mulheres pelo estupro sofrido. Essa construção histórica fomenta o sentimento de vergonha e culpa pelas próprias vítimas, bem como pela sociedade que a julga, culminando à procura tardia por um auxílio, ou à busca por meios próprios para dar fim à gestação indesejada ^{10,11}.

Esse estudo apresenta como limitações a imprecisão dos dados disponibilizados pelo serviço e perguntas não possíveis de serem respondidas. O serviço dispõe de prontuários e documentos impressos, com maior facilidade de danos e falta de clareza no que está escrito nos documentos, em comparação com registros eletrônicos. Além disso, os relatórios feitos pelos profissionais são separados por áreas, é preciso cruzar os dados do serviço de psicologia com os prontuários e relatórios do serviço social para se chegar a um resultado em comum. Em alguns casos, houve incompatibilidade de dados entre os registros feitos a uma mesma paciente. Por fim, houve falta clareza nos desfechos do atendimento de algumas pacientes e nos motivos de negação dos pedidos.

7. CONCLUSÃO

O estado da Bahia carece de mais serviços de referência para Aborto Legal a fim de diminuir a distância entre o serviço e a residência das vítimas. Cerca de 30% das pacientes com negativas possuíam como procedência outro município, sendo o mais distante localizado a 427 km da unidade. Além disso, as dificuldades de locomoção como o uso de transportes públicos ampliam as barreiras no acesso ao serviço.

É possível observar que a unidade em estudo concentra a maioria dos casos de abortamento previsto em lei, em comparação com outras unidades que também realizam o procedimento no estado da Bahia, uma vez que esta foi responsável por quase 50% das internações para interrupção da gestação, entre os anos de 2016 a 2020.

Exceto em um caso, em que a paciente após coito consensual foi ameaçada por seu próprio companheiro para que realizasse o aborto, todos os demais pedidos negados de interrupção da gravidez tiveram como prerrogativa a violência sexual.

As negativas tiveram como causa majoritária (41,66%) a idade gestacional avançada. Foi observado nesse estudo que o atraso entre o estupro e a procura pelo serviço de abortamento é uma importante barreira de acesso ao serviço, e apresentou como principais causas o sentimento de culpabilização pelo estupro, por parte das vítimas, e como consequência o atraso na busca por um auxílio, além da desinformação sobre os direitos ao abortamento e sobre a existência do serviço de Aborto Legal. O fator tempo é imprescindível para o acesso das mulheres ao abortamento previsto em lei, uma vez que acima da IG permitida não é mais possível realizá-lo.

A incompatibilidade de datas em 19,44% dos casos foi a segunda maior causa de negação dos pedidos. Tendo em vista a possibilidade da gestação ser fruto da relação consensual, esta influencia a aceitação da gravidez nas pacientes que tinha realizado um coito consensual próximo à data do estupro.

A análise do recorte amostral que envolve mulheres de 13 a 18 anos apresenta como particularidade que todas tiveram como causa da negativa da sua interrupção da gestação, o tempo de Idade Gestacional maior que 20 semanas. Essa informação reforça a necessidade de um olhar mais específico para esse

grupo, quer seja pela família, quer seja pela sociedade, em consequência de maior vulnerabilidade e menor capacidade de reação por si só.

O perfil sociodemográfico das mulheres com negativas vítimas de violência sexual são mulheres solteiras, na segunda década de vida e da cor parda. Algumas pacientes não apresentavam respostas de algumas dessas variáveis, comprometendo uma análise mais fidedigna do perfil das pacientes atendidas no serviço. Além disso, a ausência de variáveis que melhor delimitariam o perfil sociodemográfico das pacientes, como por exemplo, escolaridade e condição socioeconômica, limita a caracterização das mulheres vítimas de violência sexual atendidas na unidade. Situação semelhante foi observada na variável das infecções sexualmente transmissíveis, uma vez que apenas 30% tinham registro sobre a realização dos testes de triagem.

O percentual de negativas foi pouco oscilante ao longo dos cinco últimos anos em virtude da permanência dos critérios para o abortamento na unidade durante o período analisado. Além disso, é preciso políticas públicas que informem às mulheres sobre o abortamento previsto em lei, a fim de mitigar as barreiras de acesso ao serviço por motivos de desinformação.

O presente estudo observou que a maioria dos casos de estupro não havia relação com o uso de álcool ou drogas pelas vítimas. Além disso, a maioria dos agressores eram desconhecidos (44,44%), apesar de haver um percentual muito semelhante para os para os agressores conhecidos (41,67%).

No discurso de todas as pacientes houve uma similaridade no sentimento de culpabilização pelo estupro. A vergonha pela violência sexual sofrida e pela gestação foram fatores imprescindíveis no atraso pela busca de um auxílio por parte das vítimas. As relações desiguais de gênero continuam a humilhar e violentar as mulheres vítimas dessas relações. Nessa perspectiva é possível perceber que as políticas públicas ainda não foram capazes de oferta de forma satisfatória auxílio às mulheres vítimas de estupro, uma vez que são as relações desiguais de gênero que ainda determinam a conduta de muitas mulheres no desfecho da violência sexual sofrida.

Esse estudo apresenta como limitações a imprecisão dos dados disponibilizados pelo serviço e perguntas que não foram possíveis de serem respondidas, devido à qualidade questionável de algumas informações contidas nos prontuários.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília-DF, 2011. p. 29. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 2021 Jan. 06.
2. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Direitos Reprodutivos: “Aborto Legal”. São Paulo: Defensoria pública do Estado de São Paulo, 2018. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20\(5\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/AbortoLegal%20(5).pdf). Acesso em: 2020 Ago. 20.
3. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientações técnicas de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=EAFC81466001BBEC32F159DD870AECCB?sequence=7. Acesso em: 2021 Nov 02.
4. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro. 1940 Dez 31; Seção 1. P.23911. 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: 2020 Ago 18.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1989/2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2012 Mai 14; Seção 1. p. 308- 309. Disponível em: <http://www.bioeticaefecrista.med.br/textos/resolucao%20cfm%20anencefalia.pdf>. Acesso em 2020 Ago.
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2019, Estupro, 10 de set. de 2019. p.9. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 2020 Dez 29.
7. Elise J. Defensoria Pública lança cartilha para aborto legal: você conhece seus direitos? BOL Notícias. 2018 set 12. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/defensoria-publica-lanca-cartilha-do-aborto-legal-voce-conhece-seus-direitos/?print=pdf>. Acesso em: 2021 jan 06.
8. Brasil. Portaria nº2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União. 2020 Set 24; seção 1. p.89. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 2020 jan 06.

9. Ferraz dos Anjos K, Cruz Santos V, Souza R, Eugênio Gonçalves B. Aborto e saúde pública no Brasil: Reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. Rev. Saúde debate. 2013 Set; v. 37. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300014. Acesso em: 2020 jan 07.
10. Colas O, Aandolaft-neto J, Rosas C.F, Kater J, Pereira I. Aborto Legal por Estupro – Primeiro Programa Público do País. Rev. Bioética.v.2. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/447/330. Acesso em: 24 ago. 2020.
11. Ministério da Saúde (BR). Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. Brasília: MS; 3ª edição, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 24 ago.2020.
12. Faúndes A, Duarte GA, Osís MJD, Andalaft J Neto. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2007 abr 05; v.29. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago.2020.
13. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Objeção de consciência, barreiras e aborto no caso de estupro: um estudo entre médicos no Brasil. Rev. Assuntos de Saúde Reprodutiva. 2014; v. 22. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943754-6?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 2020 ago. 26.
14. Diniz D, Dios V, Mastrella M, Madeiro A. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev. Bioética. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 ago. 2020.
15. Benute G, Nomura R, De Lucia M, Zugaib M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de mal formação fetal letal: aspectos emocionais. 2006 jan; v.28. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000100003. Acesso em: 2021 jan 13.
16. Madeiro A.P, Diniz D. Serviço de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Rev. Ciênc. saúde coletiva. 2016 fev; v. 21. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563. Acesso em: 2020 ago. 26.
17. Talib R, Cítele M. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/pesquisa_aborto_legal.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

18. Ganatra B, Tunçalp Ö, ohnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu A, Temmerman M. From concept to measurent operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ* 2014; 92:155.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema único de Saúde – DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrba.def>. Acesso em: 25 out 2021.
20. FEBRASGO. Aborto Recorrente e Progestagênios. Nº 6. 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/10-ABORTO_RECORRENTE_E_PROGESTAGENIOS.pdf. Acesso em: 03 out 2020.
21. Faúndes A. Rosas F.C. Bedone A.J, Orozco T.L. Violência sexual: Procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. 28 (2). Fev 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Jz8mbQ7HVPS9sFdF8Fsnm7Q/?lang=pt>. Acesso em: 03 out 2020.
22. Oshikata T.C, Bedone A.J, Fapundes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: Características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/32993/1/S0102-311X2005000100021.pdf>. Acesso em: 03 out 2021.
23. Bang L. Who consults for rape? Sociodemographic characteristics of rape victims attending a medical rape trauma service at the emergency hospital in Oslo. *Scand J Prim Health Care*. 1993, mar.
24. Peipert J.F, Domagalski L.R. Epidemiology of adolescent sexual assault. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7936528/>. Acesso em: 03 out 2021.
25. Lopes I.M.R.S, Gomes K.R.O, Silva B.B, Deus M.C.B.R, Borba D.C. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresin-PI. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 26 (2). 2014 mar. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BjkVHGvqxQrdZbJqRSjNdTn/?lang=pt>. Acesso em: 2021, ago 28.
26. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 2021 Out 14.

27. IBDFAM. Instituto Brasileiro de Direito da Família. Estupro Marital frente aos deveres conjugais. 2016. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/noticia/12973/estupro+marital+frente+aos+deveres+conjugais>. Acesso em: 2021 Out 14.
28. Massaro L.T.S, Adesse L. Laranjeira R, Caetano R, Madruga C.S. Estupro no Brasil e relações com o consumo de álcool: estimativas baseadas em autorrelatos confidenciais. 2019.
29. Stepanova E.V, Brown A.L. Alcohol Priming and Attribution of Blame in an Acquaintance Rape Vignette. 2021.