

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO CENTRO-OESTE

JUSCILENE DA SILVA MACIEL

OS DESAFIOS DO PROCESSO DE ABORTO LEGAL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

CAMPO GRANDE

2025

JUSCILENE DA SILVA MACIEL

**OS DESAFIOS DO PROCESSO DE ABORTO LEGAL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Processo Saúde e Doença na região Centro-Oeste: Aspectos Biopsicossociais, Socioculturais, Ecoambientais, Epidemiológicos e Clínicos.

Orientadora: Danielle Bogo

**CAMPO GRANDE
2025**

JUSCILENE DA SILVA MACIEL

**OS DESAFIOS DO PROCESSO DE ABORTO LEGAL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Banca Examinadora	Nota/conceito
Prof. ^a Dr. ^a Danielle Bogo	_____
Prof. Dr. Michel Canuto de Sena	_____
Prof. ^a Dr. ^a Ana Paula de Assis Sales	_____

AVALIAÇÃO FINAL: (x) Aprovada () Reprovada

A Deus.
A Nossa Senhora do Perpétuo Socorro.
A minha Mãe.
Aos meus Filhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda a força, por me manter firme na fé e na esperança por dias melhores.

A Nossa Senhora do Perpétuo Socorro por me fazer junto às novenas crer que todos os meus sonhos são possíveis e que através da resiliência feminina vivemos para superar as batalhas e alcançar vitórias inimagináveis.

A minha mãe por ser essa mulher de fibra e inspiradora que através do seu incentivo diário, com pequenos gestos de cuidado comigo e com as crianças me permitiu chegar até aqui.

Aos meus filhos que se tornam pessoas melhores vendo a minha dedicação aos estudos e que são nesse mundo as minhas âncoras que não me permitiram desistir de viver.

A minha irmã Jackeline Maciel por nos apresentar o universo acadêmico e nesse momento estar lutando bravamente contra um câncer.

A minha orientadora Danielle Bogo que com a sua doçura e conhecimento me inspirou e me fez acreditar que conseguiria realizar esse sonho.

Aos Docentes do Programa de Pós graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste que me apresentaram o universo da pesquisa interdisciplinar com grande maestria.

A CAPES pelo fomento necessário para me manter no programa e desenvolver essa pesquisa.

"A dor é parte da vida e pode se tornar a
própria vida."
Frida Kahlo,

RESUMO

O abortamento legal é considerado um sério problema de saúde pública em diversos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, devido aos percalços enfrentados para o acesso a este direito. As discussões sobre essa temática emergem em torno de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. O conceito de aborto diz respeito à privação do nascimento, interrupção voluntária da gravidez, com a morte do produto da concepção, que ocorre entre 20 e 22 semanas ou peso fetal de até 500g. Podendo ocorrer de forma segura ou insegura. O código penal brasileiro vigente desde 1940 inclui a despenalização do aborto em pacientes vítimas de estupro e risco de vida em gestante, também pode ser descrito como um marco a inclusão dos casos de Anencefalia que ocorreu em 2012. O SUS se apresenta como principal fornecedor desse tipo de assistência à saúde, e mesmo após todos esses anos de legalização do aborto ainda existem desafios a serem explanados, vivenciados tanto por usuários como pela equipe multiprofissional nos ambientes de atuação. Diante do exposto emerge então a seguinte questão norteadora. Quais os desafios enfrentados por usuários e equipe multiprofissional nos processos de aborto legal. Trata-se de uma revisão integrativa onde serão avaliadas as publicações em periódicos nas áreas da Saúde, Enfermagem, Direito e Interdisciplinar do período de 2014 a 2024. Utilizando os descritores controlados: Aborto Legal, Violência Sexual e Saúde. A avaliação dos estudos ocorreu de forma criteriosa de forma que respondessem à problemática elencada. Evidenciou-se que os usuários do SUS enfrentam barreiras de acesso, por exemplo, como a distribuição desigual de serviços credenciados em território nacional, falta de insumos, falta de informações, escassez de profissionais aptos e que aceitem realizar o aborto legal e uma evolução lenta no quesito legislação e protocolos de atendimentos. Com relação à equipe multiprofissional, destacaram-se questões relacionadas a aspectos, religiosos, morais, éticos, sociais, culturais que foram determinantes para a objeção de consciência. A necessidade de debates, educação permanente, construção e divulgação de protocolos e leis que abordem o aborto legal também impactam nesse cenário polêmico.

Palavras-chave: Aborto Legal Direito a saúde. Violência Sexual. Enfermagem. Serviços de Saúde. Gênero.

ABSTRACT

Legal abortion is considered a serious public health problem in several developing countries, including Brazil, due to the obstacles faced in accessing this right. Discussions on this topic arise around legal, moral, religious, social and cultural aspects. The concept of abortion refers to the deprivation of birth, voluntary interruption of pregnancy, with the death of the product of conception, which occurs between 20 and 22 weeks or fetal weight of up to 500g. It can occur safely or unsafely. The Brazilian penal code in force since 1940 includes the decriminalization of abortion in patients who are victims of rape and in cases of risk to the life of pregnant women. The inclusion of cases of anencephaly, which occurred in 2012, can also be described as a milestone. The SUS is the main provider of this type of health care, and even after all these years of legalizing abortion, there are still challenges to be explained, experienced by both users and the multidisciplinary team in the environments in which they work. In view of the above, the following guiding question emerges. What are the challenges faced by users and multidisciplinary teams in legal abortion processes? This is an integrative review that will evaluate publications in journals in the areas of Health, Nursing, Law and Interdisciplinary from 2014 to 2024. Using the controlled descriptors: Legal Abortion, Sexual Violence and Health. The evaluation of the studies was carried out carefully so that they responded to the listed problems. It was evident that SUS users face access barriers, for example, such as the unequal distribution of accredited services across the country, lack of supplies, lack of information, shortage of qualified professionals who accept to perform legal abortion and slow evolution in the issue of legislation and care protocols. Regarding the multidisciplinary team, issues related to religious, moral, ethical, social and cultural aspects that were decisive for conscientious objection stood out. The need for debates, ongoing education, and the creation and dissemination of protocols and laws that address legal abortion also impact this controversial scenario.

Keywords: Legal Abortion. Right to Health. Sexual Violence. Nursing. Health Services. Gender.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa de disponibilidade do Aborto Legal no Brasil

Figura 2: Etapas de Seleção dos artigos para análise.

Tabela 1. Detalhamento dos artigos.

Quadro 1: Combinações de descritores utilizados como estratégia de busca.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

WHO: *World Health Organization*.

OMS: Organização Mundial da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

O tema saúde da mulher sempre me encantou primeiramente por fazer parte de uma família prevalentemente do gênero feminino, uma família numerosa com um contexto de muitas lutas femininas desde que comecei a entender o que é o mundo. Uma avó que sofreu diversos tipos de violências, uma tia vítima da mortalidade materna e mulheres que venceram todos esses obstáculos através do conhecimento.

Ao ouvir tantos relatos de situações relacionadas a essa assistência fui desenvolvendo uma verdadeira paixão pelos gestos assistenciais que podemos ofertar a essas mulheres e famílias que podem melhorar a sua qualidade de vida a curto e a longo prazo, um olhar mais gentil, afetuoso, simplificado, recheado de encorajamento, informações e atuações resolutivas em cada atendimento ou cuidado prestado.

Fui mãe na adolescência de uma gestação não planejada onde pude vivenciar diversas experiências relacionadas ao Pré-natal, parto, puerpério, amamentação e o maior dos desafios cuidar, educar e amar mesmo diante de todos os julgamentos impostos pela sociedade.

Em 2013 iniciei o curso de Enfermagem na UFMS e fui estudando, me aprimorando mesmo muitas vezes sem a compreensão de que dividia aquele momento com a maternidade de três filhos, mas conforme os conhecimentos e as discussões iam evoluindo, mais eu tinha certeza que era essa a área que eu queria para a minha carreira. Já no final da graduação pude estagiar um semestre no setor de maternidade, onde iniciei mais a fundo a prática voltada a gestantes, puérperas e atendimentos a casos de abortos e demais situações. Então descobri um sonho, ser enfermeira obstetra.

Em 2021 fui aprovada na residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica e mais um desafio a essa mulher foi imposto, dessa vez uma mãe solo que deixava três crianças em casa para cumprir as suas 60 horas semanais. E nessa experiência passei por um óbito materno na minha unidade de saúde da família, diversos partos humanizados e outros nem tanto, abortos espontâneos e abortos legais e cresci profissionalmente em cada uma das oportunidades.

O que me fez pensar em abordar o tema aborto legal nessa dissertação, foi ter vivenciado as dificuldades relacionadas ao acesso, informações, julgamentos, entraves burocráticos, uma única equipe e dia da semana para o procedimento, negativas de assistência, objeções de consciência em quase todos os procedimentos, falta de estrutura física adequada para acomodação e a transferência desse cuidado as residentes de enfermagem obstétrica já que o mesmo não gerava interesse ou atenção de muitos profissionais de outras especialidades.

Após a residência agora com uma bagagem de conhecimento ampliada, me sinto preparada para atuar, debater, cuidar e acolher melhor as mulheres em diversos momentos da sua vida reprodutiva, compreendo a importância do planejamento reprodutivo em diversos

aspectos, é necessário colocar em prática esse processo para que não só as usuárias de serviços privados tenham acesso a métodos contraceptivos de duração temporária ou definitiva. É preciso promover a educação em saúde nas escolas e ambientes coletivos para que a informação sobre a violência de gênero seja debatida e combatida.

Essa dissertação representa uma mulher que venceu a violência doméstica, a maternidade solo, é a produto da primeira pós *graduanda Strícto Sensu* de uma geração de mais de 100 anos.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	14
2-REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 Saúde da mulher e garantia de direitos.....	18
2.2 Aspectos legais do Aborto Legal.....	22
2.3 Aspectos morais, religiosos, sociais e culturais.....	24
2.4 Equipe Multiprofissional.....	26
2.5 Violência sexual.....	28
3- OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4- Método.....	31
5- RESULTADOS.....	34
6- DISCUSSÃO.....	44
6.1 Desafios para usuários dos serviços de saúde.....	44
6.2 Desafios enfrentados pela equipe multiprofissional.....	48
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
8- CONCLUSÃO.....	54
9- REFERÊNCIAS.....	55

1-INTRODUÇÃO

O abortamento tem apresentado grandes discussões em diversos cenários, é definido como a interrupção da gestação até 20 semanas ou 22 semanas dependendo da literatura com o conceito pesando até 500 gramas. No Brasil, conforme a legislação em vigor desde 1940, o crime de aborto não é passível de punição em três hipóteses, previstas no artigo 128, incisos I e II do Código Penal: quando não há outro meio de salvar a vida da mulher; quando a gravidez é resultante de estupro e após 2012 incluíram-se as gestações com fetos anencéfalos (Brasil, 2022).

O estupro é considerado um crime contra a liberdade sexual e constitui uma violação dos direitos humanos. Enfatizando ainda que uma vítima menor de 14 anos tem automaticamente a relação sexual considerada estupro de vulnerável, mesmo que alegue consentimento, devido ao entendimento jurídico de que a mesma ainda não possui plena capacidade de decidir sobre seus atos, também é considerado o mesmo crime quando a pessoa estiver em incapacidade mental seja por alguma deficiência ou efeito de substâncias psicoativas (Ruschel, 2022).

A violência sexual, segundo a literatura, mostra que o ambiente doméstico também é inseguro para vitimização por estupro, uma a cada três mulheres no mundo sofrem esta violação por parceiros íntimos, em algum momento de suas vidas. No Brasil, há um número alarmante de estupros, com um aumento de 4,1% de casos notificados entre os anos de 2014 e 2018. Dados apontam que em 2018, foram notificados 180 estupros por dia. As consequências desse tipo de violência afetam a saúde física e mental das vítimas, dificultando sua evolução no âmbito social, pessoal e socioeconômico, podendo resultar gestação indesejada com possível desfecho em aborto (Ruschel, 2022).

Aborto inseguro é definido como a interrupção de uma gestação por pessoas sem as habilidades necessárias, com métodos inapropriados ou em um ambiente sem padrões assépticos e clínicos mínimos, o que pode ser resultado da falta de acesso das mulheres a métodos contraceptivos eficazes e serviços de aborto legal disponíveis. Estima-se que apenas 23,5% dos abortos realizados na América Latina são seguros. No entanto, números fidedignos são difíceis de obter devido à classificação incorreta e à subnotificação de abortos em contextos legais (Leon, et al., 2022).

Também definem os abortos inseguros como aqueles que ocorrem sem observar os critérios estabelecidos em protocolos clínicos ou realizados por profissionais sem qualificação. Em consequência da criminalização do aborto, muitas mulheres optam por realizar o

abortamento clandestino ou ilegal, sendo mais comum em mulheres negras e com uma probabilidade de uma a cada sete mulheres da população em geral realizar um aborto até os 40 anos (Pizzo, Tilio, 2024)

Estudos apontam que o aborto está entre as cinco principais causas de morte materna, sendo responsável por 5 a 20% dos óbitos, porém, é possível ainda que o acesso ao serviço de aborto inseguro no País permita a subnotificação de diversos casos (Oliveira, et al., 2023)

Dados estimados no mundo apontam que 45% de todos os abortos são inseguros, fato que confirma um aspecto crítico relacionado a um problema de saúde pública e aos direitos humanos. O aborto inseguro se concentra em países em desenvolvimento e entre uma população em situações vulneráveis e marginalizadas (WHO, 2022).

Os países onde o aborto induzido é altamente restrito por leis ou indisponível devido barreiras de acesso universal, torna o aborto seguro um privilégio de cidadãos de classe alta contrapondo o cenário com os de classe média ou baixa.

Neste sentido, a escolha para muitas mulheres é recorrer aos serviços não qualificados, ou empreender métodos caseiros e populares de aborto, ou ainda, com profissionais não qualificados para as técnicas seguras, em ambientes insalubres que colocam a vida em risco, aumentando os indicadores de morbimortalidade materna indo na contramão do ODS3 de Saúde e bem-estar e a meta 3.1- Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2022); (ONU, 2015).

Segundo a OMS (2022), 39.000 mulheres morrem todos os anos em razão de abortos feitos de forma insegura e outras dezenas de milhares sofrem em razão de consequências relacionadas à saúde após a realização do procedimento realizado clandestinamente. Dados apontam que mais de 90% dos abortos inseguros ou ilegais ocorreram em países em desenvolvimento, principalmente em países: da África, da Ásia e da América Latina. (De Oliveira, 2023).

Na América do Sul, três países possuem Leis que permitem o aborto conforme o desejo da mãe em ter ou não a criança independente das condições maternas, ou fetais e conforme a classificação do Center for Reproductive Rights, são eles: Guiana, Guiana Francesa e o Uruguai (De Oliveira, 2023).

Em um estudo de Pizzo e Tilio (2024) evidenciou-se que durante o período de julho de 2020 a julho de 2023, foram realizadas 508.329 curetagens pós-abortamento ou aspirações manuais intra uterinas (procedimento necessário para esvaziamento do útero após um aborto) no Sistema Único de Saúde, incluindo casos de abortamentos legalizados ou ilegais

Grande parte dos países desenvolvidos já possui legislação vigente que descriminalizam o aborto, como, por exemplo, Estados Unidos, Canadá, Rússia, Austrália e vários países da Europa. Alguns países em desenvolvimento, como Bolívia, Equador, Peru e Colômbia, da América do Sul usam critérios de saúde, como era anteriormente na Argentina, onde o aborto se encontra legalizado atualmente. Já o Brasil, a Venezuela, o Paraguai e o Chile estão entre os países com a segunda legislação mais proibitiva do mundo, podendo apenas em algumas hipóteses específicas (Bessone, 2020).

O aborto é um dos procedimentos médicos mais seguros se realizado conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS,2022). Porém, também é a causa de mortalidade materna de uma a cada seis mulheres por complicações relacionadas ao procedimento quando não é seguro.

Em 2004, uma pesquisa da OMS baseada em estimativas e dados de todos os países do mundo apontou que quanto mais amplas as bases legais para o aborto, menos mortes ocorrem por abortos ilegais ou inseguros. A pesquisa descreveu que existem seis motivos principais para que o aborto seja aplicado na maioria dos países: (1) risco de vida, (2) estupro ou abuso sexual, (3) anomalia fetal grave, (4) risco físico e às vezes saúde mental, (5) razões sociais e econômicas e (6) a pedido da gestante. (Brasil, 2012); (Kassebaum, et al.,2014); (Brasil, 2008).

O aborto legal, usando medicamentos ou um procedimento cirúrgico ambulatorial simples, é uma intervenção assistencial segura, quando ocorre com o emprego de um método apropriado à idade gestacional da gravidez, em unidade de saúde e por uma pessoa com a capacitação e habilidade técnica necessária. Quando realizado com as condições preconizadas, complicações ou efeitos adversos graves são raros. O aborto medicamentoso tem revolucionado o acesso e a assistência ao aborto de qualidade globalmente (Brasil, 2022).

Mesmo sem levar em consideração a legalidade do aborto e os avanços de políticas públicas em diversos países, ainda são encontrados diversos obstáculos que dificultam o acesso a esse serviço sendo eles de aspecto moral, social, cultural e religioso. A procura pelo procedimento de aborto independente do cunho jurídico aponta que restrições legais não as impedem de tentar ou de interromper a gestação, mas as barreiras legais associadas a outros fatores impeditivos contribuem e resultam para a prática de forma insegura (WHO, 2012).

A equipe multiprofissional enfrenta diversas problemáticas relacionadas ao abortamento legal, devido à abordagem insuficiente do tema durante sua carreira acadêmica, pouco conhecimento sobre a legislação vigente no país de atuação, falta de divulgação e protocolos acessíveis para manejo da assistência à saúde nesses casos e conflitos de papéis durante a atuação profissional quanto a parte jurídica, clínica, psicológica, religiosa e social (Camisão, 2014).

Os usuários também lidam com a falta de informação sobre direitos, legislação vigente, serviços de saúde disponíveis e as etapas que precisam passar para a execução do abortamento legal no Brasil. O estigma, moral e ético circundam a temática, fato que prejudica o diálogo entre mulheres ou familiares que possuem o direito ao aborto legal e os profissionais de saúde ou centros de saúde que podem nortear ou realizar essa assistência a saúde (Pereira, 2020).

Os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) a serem cumpridos no Brasil até 2030 traz em sua meta 3 a saúde e bem estar, traz como objetivo garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. E na sua meta 5 aborda a igualdade de gênero, com o intuito de eliminar todas as formas de violência contra a mulher, casamento infantil, garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública e assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, esses dois ODS são debatidos amplamente durante esse estudo, fato que justifica pesquisas dessa natureza.

Estudos que apontam os desafios dos usuários dos serviços de saúde e da equipe multidisciplinar são de suma importância para a comunidade científica para elucidar e proporcionar uma melhor abordagem do tema tanto em ambientes acadêmicos ou profissionalizantes como em atividades de educação permanente e em saúde abertas para a população em geral. Impactam também em melhorias e na implantação de novos serviços de saúde especializados em abortamentos legais, que garantam uma assistência em saúde dentro dos princípios legais, éticos, humanizados com as garantias que o sistema único de saúde prevê em suas diretrizes.

Estudos como esse se justifica pela necessidade de discutir os aspectos da conduta das equipes multidisciplinares e usuários dos serviços de saúde, levando em consideração os fatores associados à assistência de forma integral e humanizada pautada na moral, religiosidade e cultura de cada envolvido no processo de abortamento legal. Diante da necessidade de reflexão, aprendizado e oferta de uma prática assistencial embasada em evidências científicas, emerge a pergunta da pesquisa: quais os itinerários e acesso de mulheres no sistema de saúde ao aborto legal?

2-REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde da mulher e garantia de direitos

O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984 pelo Ministério da Saúde em decorrência dos movimentos sociais e movimento de mulheres. Antes desse programa a saúde da mulher era focada somente no aspecto reprodutivo, ficando as demais queixas e situações desassistidas, enquanto política o mesmo surgiu como resposta aos problemas de saúde e as necessidades do gênero feminino. Os seus principais objetivos são promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legais, contribuir para a redução da morbimortalidade principalmente por causas evitáveis e ampliar, qualificar e humanizar a atenção a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Brasil, 1984).

A constituição federal brasileira de 1988 traz em artigo 5º homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição, ou seja, aborda a igualdade de gênero, e em seu art. 6º aborda os direitos sociais e a saúde como dever do estado. Esses respaldos previstos no Brasil norteiam a execução de posteriores políticas e discussões sobre os direitos das mulheres em diversos aspectos.

A Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher (2004), ampliou o olhar não só baseada no movimento de mulheres, mas também no movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Incorporou, o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004).

Os movimentos feministas possuem uma longa história no cenário brasileiro e, nos últimos anos, com uma organização política ocorrendo fortemente através dos meios digitais, uma grande repercussão tem circulado em torno do que algumas autoras chamam de quarta onda (Hollanda, 2018). Porém, mesmo com o avançar cronológico de ondas, percebemos que há uma permanência de pautas, como casamento infantil, feminicídio, entre outras (ONU, 2019; IPEA, 2019).

Os registros dos movimentos feministas que marcam o início da primeira onda foram identificados no Ocidente como “resposta” a algumas conquistas da Revolução Francesa no que diz respeito à emancipação dos homens, sendo a escritora e professora Mary Wollstonecraft comumente identificada como quem inaugura aquela ao escrever, em 1792, sobre a

emancipação das mulheres em Uma vindicação dos direitos da mulher. Juntamente com Mary Wollstonecraft, outras mulheres, ao longo deste primeiro período, se organizaram em torno da “educação, direito ao voto e a igualdade no casamento, em particular o direito das mulheres casadas a dispor de suas propriedades” (Miguel, 2014).

A segunda onda do movimento feminista, foi marcada entre os anos 60 e 80, problematiza questões sobre corpo, sexualidade e violências sofridas pelas mulheres em suas relações familiares (Nogueira, 2001). Nesta nova fase, destacam-se nas agendas feministas novas questões, como as mobilizações contra a demarcação rígida de papéis de gênero, que sobrecarregava as mulheres com a dupla jornada e os cuidados exclusivos com os filhos. As ‘políticas do corpo’ assumiram caráter significativo, manifestando-se as reivindicações em favor dos direitos de reprodução, buscando-se a plena assunção de seu corpo e de sua sexualidade (aborto, prazer, contracepção) e contra a violência sexual, não mais admitindo que essa fosse uma questão restrita ao privado, cabendo a sua extensão ao público. (Soihet, 2013, p.124).

Neste sentido, Cristiane Costa (2018) apresenta que há um novo formato de comunicar movimentos coletivos no que ela descreve como a quarta onda feminista. Os protestos, que outrora ocorriam especialmente nas ruas, abrem espaço para as campanhas online, nas quais, por meio de hashtags (#), descritores textuais permitem que se imbriquem e se ampliem vozes e causas. Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019) citam, como nova forma de reinventar as greves, os movimentos feministas que se iniciaram na Polônia em 2016 em oposição à proibição do aborto e se expandiram ao longo do globo através da rede com outras diversas reivindicações com hashtags que se tornaram populares: “#NosotrasParamos, #WeStrike; #VivasNosQueremos; #NiUnaMenos; #TimesUp; #Feminism4the99” (Arruzza, Bhattacharya, Fraser, 2019, p. 31).

2.2 Dados epidemiológicos sobre o aborto no Brasil

Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 2015 e 2019, ocorreram aproximadamente 73,3 milhões de abortos a cada ano, no mundo, sendo 45% considerados abortos inseguros, ou seja, realizados por pessoas sem habilidades e/ou em ambientes inapropriados, sendo responsáveis por 4,7% a 13% das mortes maternas a cada ano. Desde 1990, as taxas de aborto vem diminuindo significativamente, nos países de maior renda e ocorrendo entre 5 a 7 milhões de internações por complicações de aborto em países de baixa-média renda (Uliana, et al.,2022).

Os autores supracitados apontam que no Brasil, o aborto é um problema de saúde pública, devido a sua ocorrência com índices elevados, ao longo dos anos, e suas graves

consequências para a saúde da mulher. Presume-se que cerca de 1 milhão de abortos sejam praticados a cada ano, no Brasil.

Dados apontam que no Brasil, registram-se cerca de 250 mil internações hospitalares de mulheres que apresentam quadro clínico crítico decorrente de complicações pela prática do aborto clandestino e inseguro. No aspecto da mortalidade em maternidades, o aborto inseguro já é uma das principais causas de morte de mulheres, fato que corrobora com os dados de mortalidade materna (Domingues, et al., 2020).

Vários estudos, ao longo dos anos, em diferentes regiões e com metodologias distintas, empenharam-se em estimar o número de abortos ocorridos anualmente, sejam eles espontâneos ou provocados. Esses estudos foram baseados em entrevistas, coleta de dados por método de urna, onde as participantes preencheram formulários com respostas fechadas, esse método é de grande importância para manter o sigilo das respostas e depositaram em uma urna, pesquisa com base nos registros de procedimentos e internações, e estimaram percentuais muito divergentes de prevalência de abortamentos no país. Mesmo com vários estudos nessa temática, diferenças metodológicas, dados não padronizados nos sistemas de informações de saúde, carência de dados oriundos do sistema de saúde suplementar, entre outros fatores, contribuem para que ainda exista controvérsia na estimativa do número de abortos realizados (Cardoso, Vieira, Saraceni, 2020).

Dados da Pesquisa Nacional de Aborto (2016), um importante estudo realizado no Brasil, mostra que o abortamento é um recurso utilizado por mulheres de diferentes regiões do país, faixa etária, raça/cor, níveis de escolaridade e classe social. O mesmo cita que cerca de uma a cada cinco mulheres realizam pelo menos um aborto até os 40 anos. Há uma diferenciação entre classe e cor/raça que afeta as mulheres: as que mais morrem ou apresentam sequelas reprodutivas em decorrência de abortos inseguros são negras, moradoras da periferia e das classes sociais mais baixas, um importante perfil sociodemográfico a ser analisado (Diniz, et al., 2017).

O tema aborto foi incluído na pesquisa Nacer no Brasil II pois até o momento, não se tem publicado estudo de âmbito nacional que avalie a assistência às mulheres com aborto. Dados da Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2010 e 2016, estimaram prevalência de aborto induzido no país de 15% e 13%, respectivamente. Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, uma média de 212 mil internações por aborto ocorrem anualmente no país em serviços públicos incluindo os legais e o espontâneos. Estudos que foram realizados no Nordeste evidenciaram baixa qualidade do cuidado oferecido às mulheres internadas por complicações do aborto, devido a estrutura dos serviços e da percepção das mulheres sobre o atendimento recebido. Cita-se ainda que a produção científica com dados

quantitativos é ainda pequena no país e necessita de adequações metodológicas, além de serem mais prevalentes nas capitais do país. Devido a ilegalidade e o estigma que cercam o aborto, imprecisões nas estimativas ocorrem independentemente do método e da técnica utilizados (Leal, et al. 2024).

Como resultado parcial da pesquisa supracitada descreve-se o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no SUS, as mulheres usuárias do SUS de cor pardas estão em maior frequência nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, as brancas, no Sudeste e Sul e as negras no Nordeste e Sudeste. Há uma preponderância das mulheres de cor parda sendo atendidas nas cidades do interior dos estados do Brasil e das mulheres pretas no setor exclusivamente público do SUS. Com relação ao motivo da internação, evidenciou-se que as de cor preta se hospitalizam mais por aborto do que as pardas e brancas, bem como, junto com as pardas, têm maior frequência de gestantes adolescentes, enquanto as brancas são mais velhas (35 anos e mais). A baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e a ausência de trabalho remunerado foram maiores nas pardas e pretas do que nas brancas, mas, a situação conjugal de estar sozinha, sem companheiro, foi mais frequente nas pretas. As mulheres pretas e pardas tem maior paridade (Leal, et al. 2023).

Uliana e colaboradores (2022) corroboram com estudo supracitado onde descreve a respeito da raça/cor da pele. A Política Nacional do aborto observou taxas de abortos mais elevadas entre mulheres amarelas, pardas e indígenas, comparadas às de raça/cor da pele branca. No entanto, alguns subgrupos têm tamanho pequeno, como indígenas e amarelas, o que pode ter afetado a precisão das medidas em relação aos grupos mais numerosos. Apontam que as minorias étnico-raciais compõem um grupo de maior vulnerabilidade, por questões socioeconômicas e menor acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto menos captadas pelo registro de internações hospitalares.

Segundo dados do DATASUS/2019 entre 2013 e 2015, foram realizados apenas 2.442 abortos legais em todo Brasil, conforme pesquisa de representatividade nacional. Por meio da análise de 1.283 prontuários, constatou-se que 94% dos casos eram situações de estupro. O mesmo estudo também relata que, dos 68 serviços habilitados existentes, apenas 37 haviam de fato realizado interrupções de gravidez decorrentes de estupro, e que 80% dos atendimentos em todo Brasil foram realizados por um único hospital.

2.2 Aspectos legais do Aborto Legal

As mulheres submetidas ao processo de abortamento precisam receber uma atenção humanizada pautada em uma relação ética e nos aspectos jurídicos, um olhar biopsicossocial,

sem discriminações ou qualquer tipo de restrição ao acesso a assistência à saúde. O direito ao abortamento legal é um marco ético e jurídico que impacta diretamente nos direitos sexuais e reprodutivos em destaque defendidos nacionalmente e internacionalmente (Brasil, 2012).

As discussões internacionais sobre os direitos reprodutivos e igualdade de gênero avançou e se destacou na constituição federal em seu art 5º. I. O código penal vigente desde 1940 apresenta a despenalização para a realização do aborto legal em pacientes vítimas de estupro e em casos de risco grave à vida da gestante. Porém, mesmo com essa lei vigente há tantos anos, as mulheres ainda encontravam dificuldade de acesso a esse procedimento. Somente após 1989 que ocorreu então uma regulamentação para atendimentos com essa finalidade. Hospitais, escolas foram pilotos nesse tipo de assistência, mas acontecia de maneira isolada, discreta e até mesmo com diagnósticos distorcidos para evitar conflitos políticos e religiosos (Colás, Rosas, Pereira, 2021).

Nesse contexto, visando um direito previsto em Constituição Federal como Direito Universal a saúde e respeitando o código penal, o aborto legal está entre os serviços a serem ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Ainda assim, encontra-se barreiras de acesso que podem ceifar a garantia desse direito no Brasil, dentre elas, a insuficiência quantitativa e concentração geográfica da oferta dessa assistência (Jacobs, Boing, 2021)

Previsto no Código Penal desde 1940 a legalização do aborto tinha respaldo em dois casos: quando há risco de vida materna e quando a gravidez é resultante de estupro. Porém em 2012, após decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), incorporou-se a estas duas possibilidades, a realização de aborto em caso de anencefalia. Sendo assim nessas três situações, a pessoa que busca o abortamento legal não necessita de autorização judicial, ou realização do Boletim de Ocorrência para acessar esse serviço de saúde (Brasil, 1940; Brasil, 2012).

O código penal brasileiro ainda dispõe no art. 213 sobre o crime de estupro, onde o é define como o constrangimento de alguém a praticar um ato libidinoso, mediante violência ou grave ameaça. E no art. 217 cita o estupro de vulnerável quando é cometido contra uma pessoa incapaz de consentir como no caso de menores de 14 anos, problemas relacionados a deficiências cognitivas ou uso de substâncias psicoativas.

Segundo Jacobs e Boing (2021) o acesso aos serviços de saúde que realizam o aborto legal depende da disponibilidade e oferta em volume suficiente. O aborto previsto em lei passou a ser normatizado pelo Ministério da Saúde em 1999, após dez anos, em 2009, estavam listados pelo Ministério da Saúde 60 estabelecimentos com a oferta de aborto legal. Em 2013 ocorreu uma atualização dessa lista com as Secretarias Estaduais de Saúde e a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, quando constatou-se 68 estabelecimentos em funcionamento com oferta de aborto previsto em lei, porém, apenas 37 realizavam de fato a

intervenção. Em 2019 esse estudo descreveu 290 estabelecimentos com oferta de aborto previsto em lei e distribuem-se em apenas 3,6% (200) dos municípios brasileiros, nenhum deles no Estado do Amapá.

Após a publicação da portaria nº 485 do Ministério da Saúde em 2014, foram normatizados os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL). Os serviços de saúde podem ser organizados em hospitais gerais, maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento e serviços de urgência não hospitalares com funcionamento 24 horas e 7 dias da semana (Jacobs, Boing, 2021).

Em território brasileiro, quando alguém solicita aborto legal em gestação decorrente de estupro, precisará ser atendida por uma equipe multiprofissional, incluindo um psicólogo, que ao avaliar a vítima, deve acatar o seu desejo. A atenção à saúde dessas mulheres deve contar com atendimento acolhedor, humanitário, não pericial ou investigativo; a escuta qualificada e ausente de julgamentos; a informação sobre os direitos, incluindo a não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência e/ou alvará judicial são de suma importância no processo (Martino, Sobreira, Nakandacare, 2023).

Vale ainda ressaltar o projeto de Lei 1904/2024 que repercutiu em todo território brasileiro, que equipara o aborto realizado após 22 semanas de gestação ao crime de homicídio simples, inclusive em casos de aborto legal resultante de violência sexual (Diniz, Cabral, Drezett, 2024).

Cabe ainda citar a Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 conhecida por Lei Maria da Penha, que tem como objetivo proteger a mulher da violência doméstica, de gênero e familiar, é considerada um grande avanço pela garantia e segurança das mulheres, dispõe entre outras questões que a mulher sofreram violência incluindo a sexual tem direito à assistência em múltiplos setores, como psicológico, social, médico e jurídico.

Em 2025 foi proposto pelo partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) ao Supremo Tribunal Federal (STF) reconhecer a possibilidade de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, realizarem o procedimento de aborto legal. O pedido é pela mudança da interpretação do código penal brasileiro que limita o procedimento a profissionais de medicina. Essa demanda foi apresentada na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 1207, distribuída ao ministro Edson Fachin, que já relata outra ação pedindo que o STF garanta possibilidade de aborto nas hipóteses previstas em lei (Brasil, 2025).

O conselho federal de enfermagem dispõe na resolução nº 690/2022 a aprovação da norma técnica referente à atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Cabendo ao enfermeiro durante

consulta o cumprimento às etapas do Processo de Enfermagem, cabendo-lhe a prescrição, administração e procedimentos acerca dos métodos conceptivos e contraceptivos disponíveis no SUS, com base em protocolos assistenciais.

2.3 Aspectos morais, religiosos, sociais e culturais.

Segundo De Moraes (2008) o conceito Aborto (de ab-ortus) transmite a ideia de privação do nascimento, interrupção voluntária da gravidez, com a morte do produto da concepção.

Uma das principais definições de aborto segue uma conceituação médica que de acordo com a OMS, se trata da interrupção da gestação até a 20^a-22^a semana ou peso fetal de até 500 gramas. Pode ocorrer de maneira natural ou induzida. Nos abortamentos induzidos, existem dois subtipos: os seguros e inseguros. Nos seguros se fazem necessários profissionais qualificados e locais habilitados para se realizar o procedimento, enquanto no inseguro é caracterizado pela falha em um (ou ambos) os quesitos (OMS, 2013; Martino, Sobreira, Nakandakare, 2023).

Uma temática que precisa ser descrita é o gênero, que diz respeito aos valores e representações sociais atribuídos ao menino e à menina, ao homem e à mulher, bem como as expectativas da sociedade perante aos comportamentos específicos para cada um destes. Trata-se de um processo cultural e social onde as categorias de feminino e masculino são criadas e ganham valores (Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2009).

Segundo a ONU (2016) o gênero é compreendido como parte do contexto sociocultural mais amplo, considerando aspectos como raça e etnia, ao menos no Brasil, formam componentes de desigualdades estruturantes, onde mulheres e população negra apresentam os piores indicadores socioeconômicos. Não menos importante, outros critérios são igualmente importantes para a análise sociocultural sendo eles, classe, nível de pobreza, orientação sexual e identidade de gênero, idade, etc.

Ao compreender esses aspectos relacionados ao gênero conclui-se que a violência sexual é uma das expressões da violência de gênero, sendo necessário levar em consideração os marcadores sociais de diferenças e desigualdades, tais como raça, classe, identidade de gênero, orientação sexual. Sendo assim no contexto do atendimento em saúde, negar a existência da violência de gênero pode ser um fator para incrementar e perpetuar o sofrimento das vítimas, compreendendo como individual ou intrapsíquico, um problema que possui causas amplas e raízes sociais históricas (Martino, Sobreira, Nakandakare, 2023).

O estudo nacional Nacer no Brasil II cita que apesar de evidências de avanços na atenção obstétrica em hospitais públicos e privados no Brasil, ainda persistem desafios a serem

superados que resultem no aumento da qualidade, como a ampliação do uso apropriado de tecnologias para a assistência ao parto e ao aborto, a redução de cesarianas desnecessárias, a redução da demora no atendimento às urgências e emergências e a melhoria da infraestrutura dos hospitais que atendem parto também são enfatizadas (Leal, et al., 2024).

As justificativas para os profissionais de saúde se negarem a realizar o processo de aborto legal, permeiam o medo de estigma social de aborteiros, questões de ordem religiosa, moral, emocional e objeção de consciência e destaca que a abertura de espaços que propiciem o diálogo e debates que favoreçam a reflexão adequada sobre a moralidade entre os diversos grupos sociais auxilia na diminuição das violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Rocha, et al., 2015).

Mudjalieb, (2020), corrobora com os autores supracitados onde também aponta o diálogo, espaços de educação permanente e sensibilizações como importante estratégia para combater crenças e condutas isoladas baseadas em crenças e valores individuais, oferecendo assim uma assistência que envolva acolhimento, resolatividade e respeito as mulheres que buscam pelo aborto legal.

Vale ressaltar que não cabe objeção de consciência nos seguintes casos: de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a); no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência (Brasil, 2011).

A moral religiosa e as leis em vigor que partem do Estado são diferentes formas de exercer o poder sobre a sociedade, o que é utilizado pela classe dominante no controle sobre as classes subalternas, em complexo sistema social de prevalência ideológica. O fato de ter o poder já é considerado por si só um meio de coerção e imposição de domínio específico sobre determinados seguimentos de pessoas, que se encontra visível ou imperceptível nas mais distintas relações humanas (Borges, et al., 2021).

As religiões que seguem o cristianismo, abominam o aborto voluntário, como nos casos de abortos legais por parte das mulheres, pois consideram a vida como o bem mais preciosos que se possa ter, um verdadeiro presente de Deus aos homens. Sendo assim, compreendem o aborto legal como o interromper humano da vontade divina. A interferência ou participação do ser humano para interromper a vontade de Deus é considerado pecado, sob quaisquer circunstâncias seja ela legal ou não (Bastos, 2019).

A bioética trata de temas e assuntos polêmicos e, todavia o que mais intriga e é desafiador é a constatação direta ou indireta desses problemas sociais, como no caso do aborto

que quando abrangem o debate moral trazem junto às polêmicas pessoais de profissionais, usuários e em grupo onde se necessita do sim e do não frente à problemática (Kinorek, 2018).

Em nota técnica o Ministério da Saúde dispõe que a atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida) sendo levado em consideração os princípios: autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); não maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher (Brasil, 2011).

Descreve-se que a atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não sendo admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. Esses princípios citados acima incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacionais e nacional de direitos humanos (Brasil, 2011).

Segundo Luna, (2023) ao avaliar as discussões nos espaços políticos no Brasil concluiu que as formas antagônicas de defender e conceber as liberdades individuais e que as mesmas estão em constante disputa. Por um lado, o direito à liberdade religiosa (e por extensão o direito de discriminar) e direitos plenos para o feto/embrião são reivindicados e apoiados. Por outro lado, há a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, o direito à expressão de gênero e ao livre exercício da sexualidade, e o direito de escolha (em caso de aborto). Tais abordagens são pautadas na configuração individualista de valores.

2.4 Equipe multiprofissional

O ministério da Saúde em nota técnica descreve as atribuições de cada membro da equipe multiprofissional, afirma que todos os profissionais de saúde devem promover a escuta qualificada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com uma abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de vínculo e confiança (Brasil, 2011).

O atendimento psicológico em situações de abortamento legal em casos de violência sexual é primordial e institui o desafio de responder ao mesmo tempo múltiplas demandas: aos

direitos humanos, à ética profissional, à autonomia da paciente, ao raciocínio clínico, às normativas técnicas e à legislação vigente. Por vezes tais reivindicações para o procedimento tomam dimensões conflitantes, de modo que qualquer possibilidade de assistência psicológica necessite de reconhecimento da tensão existente entre seus diversos agentes sejam eles relacionados à assistência a saúde ou no âmbito jurídico (Martino, 2022).

Nos casos de violência sexual e do desejo pela realização do aborto ocorre um campo de disputa de narrativas que acaba por favorecer o objetivo de busca pela „verdade“ no relato da mulher (Dios, 2016). Como atuantes na área da saúde não cabe aos mesmos responder a questionamentos sobre a veracidade do relato que é confidenciado, uma vez que psicólogos atuam com a realidade psíquica e suas demandas, e não com a realidade dos fatos, como bem o faz o área jurídica (Brasil, 2011); (CFP, 2012, 2018); (CRP-SP, 2016).

A avaliação psicológica que faz parte do atendimento a pessoa que deseja realizar o aborto legal tem como objetivo não uma inquirição, mas sim como uma oportunidade de acolhimento frente a uma situação traumática. Seu objetivo deve ser a produção de uma atuação que permita a construção de novos sentidos após o acontecimento traumático. Porém no primeiro contato da (o) psicóloga(o) apresenta-se então uma tarefa ambígua o profissional, de forma simultaneamente, precisa realizar a abertura para uma escuta clínica acolhedora e ainda dispor de um parecer no qual autoriza ou não a realização do procedimento de acordo com a legislação em vigor. Seu desafio então é conciliar os interesses da lei com o respeito à autonomia e subjetividade da paciente como exigido pela ética profissional (Martino, Sobreira, Nakandacare, 2023).

O primeiro desafio no campo da psicologia ocorre quando a(o) profissional é convocada(o) a atestar que o pedido de abortamento legal da mulher “se encontra de acordo com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, com ausência de indicadores de falsa alegação de crime sexual”, conforme consta em documento presente na norma técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2012, p. 121), o mesmo deve ser assinado pela equipe multiprofissional. Diante dessa normativa tal solicitação, a(o) psicóloga(o) se vê diante de um impasse semelhante ao da discussão acerca de sua atuação no chamado “Depoimento sem dano”, lei nº 13.431/2017.

Segundo Conte (2008) em seu artigo sobre esse tema, questiona-se qual verdade os psicólogos (os) estão em busca em sua escuta, e se cabe a eles uma intervenção voltada à produção de um conteúdo para fins de prova jurídica. A indagação se aplica nos casos de avaliação para abortamento legal, pois, é possível afirmar a ausência de indicadores de falsa alegação de crime sexual, ou, ainda que fosse uma alegação falsa, seria esse objetivo da atuação

psicológica?

Um estudo de Patricio, et. al.,(2019) apontou alguns desafios relacionados ao processo de abortamento legal em casos de anencefália, essas mulheres lidam com sentimentos de choque, desespero e angústia ao receberem o diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida, ainda se sentem inúteis e apresentam negação diante da notícia,. Esse processo é muito comum devido ao imaginário, do filho perfeito ou filho ideal, confrontado com a realidade. A notícia de uma anomalia fetal pode provocar diversos problemas psíquicos que precisam de uma assistência interdisciplinar para um melhor desfecho pós-traumático. Sendo assim, cabe a equipe multiprofissional o acolhimento e o seguimento dessa mulher após a interrupção da gestação.

A assistência de enfermagem durante o abortamento legal, na maioria das vezes, é realizada de forma tecnicista, sem a criação de um vínculo com a mulher, confuso, principalmente, com relação aos valores éticos, morais, culturais e religiosos, colaborando, então, para a precariedade da assistencial e em discordância com o Código de Ética da profissão. Os profissionais de enfermagem precisam ser treinados para atender a essa demanda assistencial, buscando minimizar atos discriminatórios através da humanização. O enfermeiro como norteador da assistência tem o papel de responsabilizar-se por uma atenção a saúde livre de julgamentos, promovendo uma educação construtiva para a promoção a saúde da mulher e prevenção de novos abortos (Silva, Ferreira, Freitas, 2019).

Os profissionais médicos tem uma função que vai além da técnica de abortamento, cabe-lhes ainda a orientação dessas mulheres com relação aos seus direitos reprodutivos e sexuais como parte dos direitos humanos, contemplando não apenas as que desejam ter filhos, mas também as que não querem ter. O conhecimento sobre os direitos das mulheres e orientações pertinentes sobre o que vai acontecer em um procedimento de aborto com o corpo da mesma são obrigatórios constar em grade curricular dos cursos de medicina. O cuidado precisa ser compartilhado com a equipe multiprofissional, com acolhimento, criação de vínculo, respeito e segurança (Darzé, Azevedo, 2014).

2.5 Violência Sexual

A Organização mundial da saúde demonstra a abrangência em seu entendimento, conceituando a violência sexual como: qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual, ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário,

inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (Brasil, 2002).

A violência sexual contra crianças, cujos agressores comumente são os pais, familiares ou pessoas próximas, no qual a criança, desprovida de maturidade para vivenciar o caráter erótico-genital numa relação afetiva, busca o contato do adulto com intenção e necessidade de receber carinho, amor, atenção; mas recebe investidas sexuais, atos de intenções sexuais quando o adulto utiliza a unidade física e ingenuidade psíquica da criança para sua própria satisfação sexual. Recai então para a vítima, a função de significar o ocorrido e lidar com os sentimentos traumáticos que ocorreram na ocasião do abuso. Se o agressor é uma figura da qual a mesma depende de cuidados e proteção (comum nesse tipo de violência), maior será os desafios e dificuldade da criança em lidar com um ato tão destrutivo desta figura. (Ferenczi, 2011).

Segundo Ruschel, et al., (2022) estima-se que uma em cada três mulheres no mundo sofreu violência por parceiro íntimo ou violência sexual em algum momento de suas vidas. No Brasil, há um número alarmante e crescente de estupros, com um aumento de 4,1% de casos notificados entre os anos de 2014 e 2018. Em 2018, foram notificados 180 estupros por dia. As consequências dessa violência afetam a saúde física e mental das vítimas, dificultando suas conquistas sociais, sua manutenção socioeconômica e ainda com desfecho desfavorável em 7% dos casos com uma gravidez indesejada.

No estudo supracitado foram descritos também o perfil de 127 casos de aborto legal devido gestações decorrentes de violência sexual, desses a maioria (60%) tinha mais de 18 anos, sendo 23% menores de 14 anos. As idades variaram de 10 a 42 anos, sendo a idade média de 22 anos. A maior parte das mulheres era branca (77%), solteira (75%), com Ensino Fundamental incompleto (34,6%) e morava em Porto Alegre e Região Metropolitana (73%). Quanto à ocupação, 33% tinham trabalho remunerado e 55% eram estudantes. Em 30% dos casos, a violência foi a primeira relação sexual e em 64% tratava-se da primeira gravidez. A violência foi um episódio único em 74% dos casos, e 68,5% comunicaram o fato à polícia. Com relação aos agressores, 45% eram desconhecidos da vítima; os meios de coerção usados na violência foram uso de força física (42%), ameaças (34%), arma/faca (25%) e uso de substância psicoativa (27%). De acordo com o artigo 217-A da Lei no 12.015/2009 5, 55% dos casos caracterizaram estupro de vulnerável: 23% de adolescentes menores de 14 anos; 5% de mulheres maiores de 18 anos com deficiência intelectual e 27% por estarem sob efeito de substância psicoativa no momento da agressão sexual.

A violência sexual é uma das faces mais perversas da violência de gênero, e pode implicar em consequências físicas, psíquicas e sociais. O serviço de saúde necessita de uma

infraestrutura adequada e uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento integral à saúde. Muitas mulheres abandonam o seguimento ambulatorial por diversas razões, devido a falta de profissionais, medo de quebra de sigilo, agilidade e atendimento unificado em um único hospital (Madeiro, Diniz, 2015).

Ainda abordando a violência sexual a mesma pode levar a vítima a condições traumáticas para a vida toda, sendo ela a precursora de sintomas de depressão, ansiedade, aumento do uso de substâncias, disfunções sexuais, dores crônicas, entre outras. Logo a busca tardia pelos serviços de saúde se justifica pelo comprometimento emocional da vítima. Também se deve levar em consideração o padrão das relações de gênero da nossa sociedade, onde a tendência é responsabilizar a mulher como provocadora ou culpada pela violência sofrida, justificando a atitude em julgamentos sobre o padrão de comportamento ou atitudes (Machado, et al., 2015).

Qualquer hospital que ofereça serviços de ginecologia e obstetrícia deve ter equipamento adequado e equipe treinada para realizar aborto legal. Entretanto, muitos serviços ainda se recusam a realizar o aborto legal. Veja abaixo um mapa com os estabelecimentos do SUS que oferecem o procedimento. As sinalizações em azul não possuem a confirmação se estão realizando o procedimento, em verde confirmadamente estão realizando aborto legal e em vermelho indicam locais que não realizam assistência em aborto legal.

Figura 1: Mapa de disponibilidade do Aborto Legal no Brasil



Figura 1: fonte: <https://mapaabortolegal.org/>

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Sumarizar na literatura o itinerário e acesso de mulheres ao aborto legal

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever os aspectos que comprometem o acesso ao aborto legal.
- b) Compreender o itinerário de mulheres ao aborto legal.

4 MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que é um método de pesquisa permissivo a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu conteúdo final o estado atual do conhecimento do tema em si, a implementação de intervenções efetivas na saúde, redução de custos, e a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas e intervenções. A mesma foi realizada seguindo as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca de literatura, avaliação dos estudos, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação de um manuscrito final a revisão integrativa (Biruel, Rocha, 2011; Souza, Silva, Carvalho, 2010).

Para a formulação da pergunta de revisão, previamente foi aplicada a estratégia PVO (*Population, Variables, and Outcome*), o que garantiu melhor rastreabilidade das publicações. A estratégia PVO foi proposta pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme) no ano de 2011, com o objetivo de facilitar o diagnóstico sobre as diversas necessidades das perguntas de pesquisa, otimizando o tempo de resposta na recuperação de documentos. No presente estudo, o acrônimo PVO foi definido da seguinte forma: P; para acesso; V; para Sistema de Saúde; O; para Aborto Legal. O objetivo da pesquisa foi responder ao seguinte questionamento: quais os itinerários e acesso de mulheres no sistema de saúde ao aborto legal?

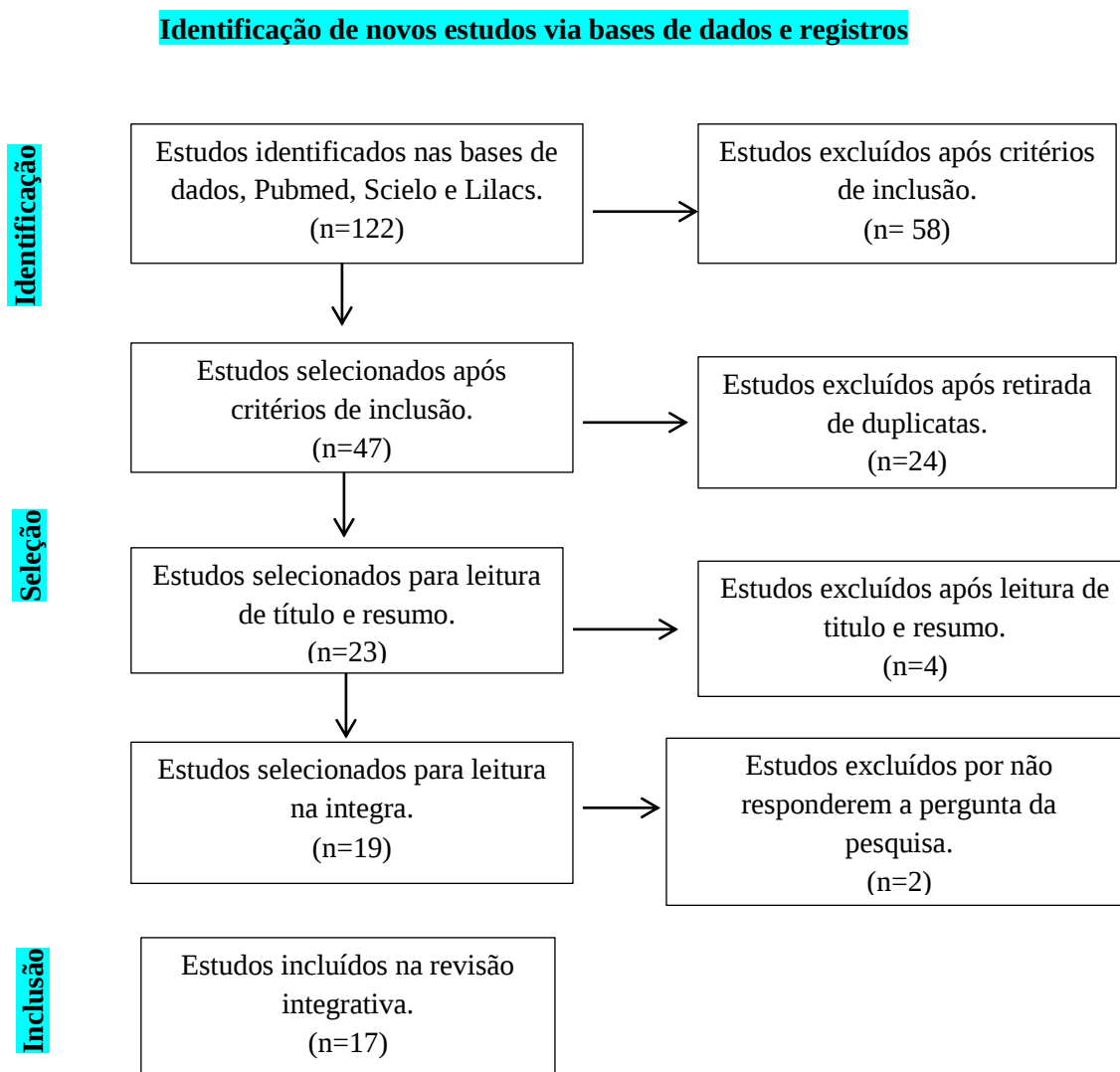
A busca dos estudos foi realizada de setembro a novembro de 2024, utilizando as bases de dados eletrônicas, National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), por meio dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde: "Aborto Legal", "Violência Sexual", "Direito a saúde", Serviços de Saúde e "gênero", combinados através de conectores booleanos AND ou OR, (Quadro 1).

Quadro 1 - Combinações dos descritores utilizados nas estratégias de busca. Campo Grande-MS, 2024.

BASE DE DADOS	CRUZAMENTOS
PUBMED	(“Aborto legal”) AND (“Violência sexual”) AND (“Direito a saúde”) (“Aborto legal”) AND ("Direito a saúde") (“Aborto legal”) AND (“Serviços de saúde”) (“Aborto legal”) AND (“gênero”)
SCIELO	(“Aborto legal”) AND (“Violência sexual”) AND (“Direito a saúde”) (“Aborto legal”) AND ("Direito a saúde") (“Aborto legal”) AND (“Serviços de saúde”) (“Aborto legal”) AND (“gênero”)
LILACS	(“Aborto legal”) AND (“Violência sexual”) AND (“Direito a saúde”) (“Aborto legal”) AND ("Direito a saúde") (“Aborto legal”) AND (“Serviços de saúde”) (“Aborto legal”) AND (“gênero”)

Adotou-se o instrumento Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para mostrar o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. A partir da busca realizada nas bases de dados, foram encontrados 122 estudos inicialmente, que incluíam artigos publicados entre os anos de 2014 a 2024, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram excluídas publicações do tipo informativo, revisões, artigos duplicados, artigos não disponibilizados na íntegra e artigos sem relação com a temática específica. Após esse processo, restaram 64 estudos. Dessa maneira, foi realizada leitura detalhada do título e resumo e selecionados 23 artigos lidos na íntegra, nos quais 17 responderam à pergunta da pesquisa, conforme fluxograma (Figura 2).

Figura 2: Etapas de seleção dos artigos para análise



Fonte: Autoria própria.

Após essas etapas os artigos foram avaliados de maneira criteriosa sendo fragmentados em sete níveis de evidência, sendo que os estudos classificados em Nível 1 têm uma grande evidência, porém estudos de Nível 7 não são tão evidenciados. Os níveis de evidência dos estudos foram atribuídos conforme Melnyk; Fineout-Overholt (2011) 24 , que propõem as evidências em 7 níveis: Nível 1 –Revisão sistemática e metanálise de ECRC; Nível 2 – Evidências de um ou mais estudo ECRC; Nível 3 – Experimento controlado não-randomizado; Nível 4 – Caso controle ou estudo de coorte; Nível 5 – Revisão sistemática ou estudos qualitativos descritivos; Nível 6 – Um único estudo descritivo ou um único qualitativo; Nível 7 – Opinião de especialistas.

5 Resultados

Tabela 1: Detalhamento dos artigos sobre os desafios enfrentados por mulheres e equipe multiprofissional no processo de abortamento legal.

Título	País/Autor (es)	Evidência	Objetivo	Instrumento	Periódico	Tipo de estudo	Resultados
O aborto legal em casos de gravidez decorrente de violência sexual: percepções e vivências de médicas e médicos obstetras.	Lehnen, A. J. S. et al., Brasil. 2024	V	Analisar as percepções de obstetras e residentes de ginecologia obstetrícia, atuantes numa maternidade escola federal, sobre o abortamento legal em casos de gravidez decorrente de violência sexual.	Entrevista com roteiro semiestruturado.	Revista Cadernos de Saúde Pública.	Qualitativo	Desafios enfrentados por profissionais médicos no aborto legal no campo da moral e da religiosidade. Objeção de consciência. Dificuldade de acesso, disponibilidade, falta de insumos e estrutura.
Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal.	Ruschel, A. E. et al., 2022 Brasil	VI	Discutir a trajetória das mulheres que realizaram aborto por estupro entre 2000 e 2018 em um hospital público de Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil).	Prontuários físicos e eletrônicos	Revista Cadernos de Saúde Pública.	Retrospectiva documental Qualitativa	Silenciamento da vítima. Barreiras de acesso; Adoecimento psíquico; Validação da palavra; Desinformação Objeção de consciência.
Necessidades em saúde de mulheres vítimas de violência sexual na busca pelo aborto legal.	Santos, D. L. A. D; Fonseca, R. M. G. S. D. Brasil 2022	VI	Compreender as necessidades em saúde que emergem durante a rota percorrida por mulheres que sofreram violência sexual para realização do aborto legal.	Roteiro de entrevista semiestruturado	Revista Latina Americana de Enfermagem	Qualitativo Descritivo	Gravidez indesejada como extensão da violência; Dificuldades financeiras; Autonomia e exercício de cidadania; Segredo devido dogmas religiosos.

Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil.	Mudjalieb, A. A. Brasil 2020	VII	Sensibilizar profissionais de saúde, para qualificar o atendimento as vítimas de violência sexual com potencial desfecho para o aborto legal.	Grupo de trabalho	Revista Cadernos de Saúde Pública.	Relato de experiência	Grupo de educação permanente que resultou em aumento de disponibilidade do aborto legal nas maternidades do RJ.
Estudo observacional dos casos de violência contra mulher notificados em um hospital fluminense em 2020.	Campos, E; Pereira, C. A. R. Brasil 2023	VI	Analisar o perfil das mulheres em situação de violência atendidas no serviço de acolhimento de um hospital na região metropolitana I do Rio de Janeiro, bem como a presença de alguns determinantes sociais que podem se relacionar à ocorrência da violência e atuar sobre as condições de acesso a estes serviços.	Dados das notificações de violência, considerando a violência sexual e outras violências, em 2020.	Revista Saúde e Debate.	Estudo observacional do tipo seccional.	Maior acesso ao aborto legal, por mulheres brancas e com escolaridade em nível superior. Pouca credibilidade do relato; Direitos negados; Negativa da equipe multiprofissional.
Saúde Mental e Abortamento Voluntário na Audiência Pública da ADPF442/ST F.	Porto, M. Brasil 2023	VI	Identificar os argumentos da estratégia de persuasão dos discursos apresentados na audiência pública sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental ADPF 442, realizada em 2018, cujo propósito era	Texto escrito conferido com vídeo.	Estudo qualitativo, analítico descritiva e documental.	Revista. Ciência e Profissão.	Grupo pró e contra o aborto destacaram a relevância da saúde mental das mulheres. Direitos e o impacto na saúde pública devido abortos inseguros.

			discutir sobre a interrupção voluntária da gravidez até a 12ª semana.				
--	--	--	---	--	--	--	--

Violência Sexual e Aborto Legal: Possibilidades e Desafios da Atuação Psicológica.	Martino, M. K; Sobreira A, L. A. Brasil 2023	VII	Refletir sobre as possibilidades e desafios da atuação psicológica no atendimento em saúde para pessoas em situação de gestação decorrente de violência sexual e que buscam pelo aborto legal.	Dados conceituais, estatísticos e históricos sobre ambos os temas, trazendo recortes nacionais e internacionais.	Relato de experiência.	Revista Ciência e Profissão.	Papel da psicologia no acesso ao aborto legal; Atestar a verdade.
Gestação secundária a violência sexual infante juvenil: Percepções de profissionais de saúde.	Conceição, M. M. et al., Brasil 2021	VI	Descrever a percepção de profissionais de saúde sobre a gestação secundária à violência sexual infante-juvenil.	Recorte de estudo exploratório, qualitativo.	Entrevistas.	Revista Enfermagem em Foco	Iniciação sexual precoce e gravidez oculta pela violência. Procrastinação.
Percepções da equipe multiprofissional frente à interrupção legal da gestação por violência sexual.	Silveira, J.R; et al., Brasil 2021	VI	Conhecer os sentimentos e estratégias de enfrentamento utilizado pela equipe multiprofissional frente aos casos de interrupção legal da gestação.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.	Entrevistas individuais semiestruturadas.	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Sentimentos da equipe multiprofissional, formas de enfrentamento, apoio da instituição.

Objeção de consciência na dinâmica do atendimento ao aborto legal em Minas Gerais.	Mendes, R.W.M; et al. Brasil 2020	VI	Verificar a existência da objeção de consciência na atenção integral da saúde à vítima de violência sexual, bem como conhecer a estrutura de atendimento das instituições credenciadas na rede de atenção à vítima de violência sexual no Estado de Minas Gerais.	Estudo de campo de caráter quantitativo, transversal, descritivo e analítico.	Questionário semiestruturado.	Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.	Falta de profissionais treinados; 83% de procedimentos negados; 63% por objeção de consciência devido questões religiosas.
Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal.	Branco, J. G. O; et al. Brasil 2020	VI	Compreender a objeção de consciência com base na análise das formações ideológicas que permeiam o acesso ao abortamento legal decorrente de violência sexual na concepção de trabalhadores e gestores que atuam em serviços de referência.	Estudo Qualitativo	Roteiro de entrevista semiestruturado	Rev. Caderno de Saúde e Pública.	Barreiras de acesso; Direito ao aborto legal versus a maternidade compulsória. Normatização da violência; Objeção de consciência.
Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual	Moreira, G. A.R; et al. Brasil 2020	VI	Analisar as manifestações de violência institucional na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.	Estudo Qualitativo.	Entrevista semiestruturada.	Rev. Saúde e Sociedade.	Não reconhecimento da violência como objeto de intervenção. Acolhimento precário; Omissões, falta de privacidade e discriminação.

Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras	Deslandes, S. F. et al., Brasil 2016	VII	Analisar a atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual (VS) na rede pública municipal de saúde de quatro capitais brasileiras. Porto Alegre (RS), Belém (PA), Fortaleza (CE) e Campo Grande (MS).	Estudo de casos	Entrevistas semiestruturadas.	Rev. Interface Comunicação, Saúde e Educação.	Atenção desigual, alta demanda e baixa oferta. Resistência dos profissionais devido questões religiosas
Serviços de aborto legal no Brasil- um estudo nacional	Madeiro, A. P; Diniz, D. 2016 Brasil	VI	Apresentar dados atualizados sobre a estrutura dos serviço e a situação do atendimento à violência sexual, além do perfil das mulheres e das características do aborto.	Métodos Mistos	Questionário estruturado e visitas institucionais.	Rev. Ciência e Saúde e Coletiva.	De 68 serviços de abortamento legal somente 37 informaram que estavam ativos. 7 estados sem oferta. Distanciamento do que é previsto em lei com a realidade dos serviços.
Participação cidadã no desenvolvimento jurídico de políticas públicas; Sobre o debate no Congresso sobre a descriminalização do aborto por estupro.	Alvarado, S. C.; Álvarez , B. A. Chile 2015	VII	Analisar a participação cidadã dentro dos mecanismos formais estabelecidos no desenvolvimento de propostas legislativas.	Estudo Documental.	Pareceres Técnicos.	Anais da Faculdade de Medicina do Peru.	Necessidade de participação cidadã na descriminalização do aborto. Crise de representatividade ; Desqualificação da causa por setores religiosos.

Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal.	Rocha, W.B; et al. Brasil 2015	VI	Identificar o conhecimento e a percepção dos aspectos éticos envolvidos no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei, por parte de profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Brasília que não lidam diretamente com os serviços de abortamento legal dessa instituição.	Quantitativo do tipo exploratório descritivo.	Questionário estruturado.	Rev. Bioética.	Desconhecimento dos profissionais e usuários sobre a disponibilidade do aborto. Visão ultrapassada; Descriminalização e vulnerabilização da mulher.
Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal.	Machado, C. L; et al. Brasil 2015	VI	Conhecer as vivências de mulheres após a violência sexual, no diagnóstico da gravidez, na busca por serviço de interrupção legal e durante a internação em um hospital universitário.	Estudo Qualitativo.	Prontuários e ligação telefônica .	Rev. Caderno de Saúde e Pública.	Desconhecimento das mulheres sobre o direito de interrupção da gestação; Sentimento de vergonha; Silenciamento e busca por atendimento tardio.

Dos 17 artigos selecionados 13 citaram o Decreto Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940, art. 128 do código penal brasileiro que dispõe sobre a realização do aborto em duas situações, quando não a outro meio de salvar a vida da gestante e quando a gravidez é resultado de estupro em 2012 houve a alteração da lei permitindo o procedimento também em casos de anencefalia se assim for a vontade da gestante ou de seus representantes legais.

No estudo de Madeiro e Diniz de 2015 aponta-se que somente após 49 anos da publicação do código penal brasileiro que foi implantado o primeiro serviço de saúde voltado

para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, o mesmo ocorreu em São Paulo no ano de 1989.

Foi descrito em três artigos sendo eles de autoria de Lehen; et al.,(2024); Porto, (2023); Rocha; et al.,(2015); sobre a primeira publicação de uma norma técnica do Ministério da Saúde em 199 que nortearia a assistência a saúde no campo da prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual.

Dois artigos sendo um de Mendes, et al., (2020) e um de Martino et al., (2023), abordam a Lei 11.340/2006 conhecida como Lei Maria da Penha, considera a terceira melhor lei do mundo sobre o tema devido o reconhecimento da mesma a magnitude da violência sexual e reprodutiva das mulheres no âmbito doméstico e familiar. No estudo de Ruschel et al.,(2022) cita-se ainda que o estupro é considerado um crime contra a liberdade sexual sendo descrito no art. 213 do código penal brasileiro.

Uma pesquisa realizada no Peru por Alvarado e Alvarez (2015) aponta para a importância da participação cidadã na elaboração de políticas públicas sobre a descriminalização do aborto em casos de estupro.

Um artigo de Branco e colaboradores publicado em 2020 foi descrito sobre uma lei aprovada no Estado de Iowa nos Estados Unidos em 2 de maio de 2018 onde o aborto foi limitado a ser realizado somente antes que se detecte batimentos cardíacos, período que a grande chance da mulher ainda não ter detectado a gestação para buscar o procedimento, sendo caracterizado pelos autores como um ato de conservadorismo. Os mesmos autores também discorrem sobre o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº181/2015 em tramitação no Brasil onde no seu art.5º descreve-se sobre a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção, o texto criminaliza as interrupções gestacionais até mesmo nos casos já resguardados pela legislação brasileira.

Sobre as publicações que abrangem a temática três artigos descreveram a necessidade de pesquisas relacionadas às problemáticas estudadas, no estudo de Deslandes, et.al., (2016), observou-se um aumento de produção científica no Brasil, sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes porém os dados são ainda incipientes na perspectiva da atenção aos serviços de saúde. Seguido por Branco e seus colaboradores (2020) que conclui com o desdobramento do estudo a necessidade da realização de novos estudos focados no acesso da interrupção legal da gestação, bem como estabelecimentos e análise de registros institucionais e barreiras estruturais e subjetivas na realização desse tipo de assistência à saúde e Ruschel, et al., (2022), que também ressaltou que as questões relacionadas ao aborto legal precisam ser ampliadas em pesquisas futuras com uma avaliação da rota para o procedimento em uma gama maior de serviços que as analisadas por eles, avaliando também as razões pelas quais os

procedimentos também não foram realizados.

Com relação ao acesso ao serviço de saúde para realização do abortamento legal, dos 17 estudo selecionados 8 responderam questões relacionadas a quantitativos de serviços de saúde credenciados para atender vítimas de violência sexual e aborto legal, os resultados são divergentes como demonstrarei a seguir.

Madeiro e Diniz (2015) em uma avaliação dos serviços de saúde que realizam aborto legal no Brasil, descreveram 68 serviços, porém desses somente 37 serviços de saúde realizam interrupção da gravidez decorrente de estupro. Os serviços são disponibilizados em 20 unidades da federação, todas as 37 instituições informaram ter equipe multiprofissional mínima. Porém 35 unidades não havia equipe específica, sendo o atendimento realizado por profissionais em regime de plantão.

Em um dos artigo selecionado também de 2015 de Rocha, et al., Foi descrito que havia até 2012 no Brasil 65 serviços de saúde habilitados a atender casos de direito a abortamento legal, distribuídos em 26 estados brasileiros.

Em 2020 consta já em um novo artigo o número de 87 serviços autorizados a realizar o atendimento a pessoas que se enquadram nos critérios legais para interrupção legal da gestação (Mendes, et al., 2020).

Segundo Deslandes, et al., (2016) ao realizar uma pesquisa com enfoque no acesso ao serviço de abortamento legal em Campo-Grande (MS), Porto Alegre (RS), Belém (PA) e Fortaleza (CA), aponta que apesar de as quatro capitais ofertarem o serviço para crianças e adolescentes ainda é considerado bastante insuficiente, devido a magnitude da violência sexual e os procedimentos legais que envolvem esse tipo de assistência.

No estudo de Mudjalieb, (2020), realizado no Rio de Janeiro com o objetivo de avaliar a ampliação do serviço de abortamento legal ofertado no estado, em quatro anos com uma intervenção de grupos de trabalho e multiplicadores de qualificação na temática, apresentou como resultado a evolução de 2 para 10 serviços de saúde em atuação na assistência a realização do aborto legal.

Moreira e colaboradores (2020) descreveu que em Fortaleza (CE) existe apenas um serviço de saúde que oferta o aborto legal e ainda nesta unidade o procedimento é restrito a apenas um dia da semana, o mesmo é responsável por atendimento da capital e do interior em casos de encaminhamentos. O número insuficiente de serviços de saúde que realizam abortamento legal é uma realidade de todo o território brasileiro.

Ao realizar um estudo de um dos artigos selecionados em uma cidade do Nordeste

brasileiro com 53,19% da população do sexo feminino, Branco, et al., apontou como resultados que em 4 dos 6 serviços de saúde habilitados para o abortamento legal decorrente de violência sexual o abortamento não é realizado por nenhum profissional.

Por fim ainda com relação à disponibilidade de acesso ao aborto legal no Brasil, Lehnen, et al., (2024), cita que em uma pesquisa nacional realizada em 2019 foi contatado 176 hospitais que constava na lista do Ministério da Saúde, desses apenas 76 estabelecimentos estavam realizando esse tipo de assistência de forma efetiva, sendo 35 deles na região Sudeste. Os mesmos autores referem que a OMS não caracteriza o aborto legal como ato exclusivo médico, porém no Brasil o mesmo só é realizado por profissionais médicos, mas se faz necessário a avaliação e a assistência de uma equipe multidisciplinar composta minimamente por Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e assistente social.

De 17 artigos selecionados para esse estudo 11 abordam os desafios enfrentados pela equipe multiprofissional frente a aborto legal. Além dos desafios relacionados ao acesso ao aborto legal devido e a sua indisponibilidade em diversas cidades do Brasil os profissionais que compõe as equipes multiprofissionais também apontam que existe um escassez da temática durante a sua formação profissional, onde o ensino é mais técnico centrado revelando uma necessidade de um enfoque maior para a temática, citam ainda carência de recursos humanos para um cuidado compartilhado de acordo com o conjunto de necessidades das vítimas de violência sexual. As questões de ordem moral, cultural, social e religiosa também são entraves enfrentados na assistência ao cliente em processo de aborto legal (Lehnen, et al.,2024).

Martino e Sobreira (2023) descrevem os desafios dos psicólogos quanto são convocados a atestarem a verdade e se a solicitante se enquadra na legislação, para só então autorizar ou não o procedimento de aborto legal que posteriormente será também assinado pela equipe multiprofissional. Apontam ainda que a necessidade que os profissionais reconheçam que o seu papel não é de inquirição, mas sim de acolhimento diante de uma situação traumática, logo o profissional precisa conciliar a legislação com o respeito, autonomia e subjetividade da pessoa.

A incorporação do profissional psicólogo na interrupção da gestação legal em equipes multiprofissionais é descrita por Porto e seus colaboradores em um estudo de 2023, onde se enfatiza a necessidade de profissionais dessa área na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos devido o impacto que essa problemática tem diante da saúde mental dessas mulheres.

Já Silveira e colaboradores em (2021) realizou um estudo onde avaliou as percepções da equipe multiprofissional como um todo, descreve as questões emocionais, fragilidades e confrontos pessoais, devido suas crenças e valores. Destaca que os profissionais em sua grande parte não se sentiam preparados para vivenciar os aspectos que o processo de aborto legal desencadeia em si próprios relacionados a saúde mental.

Conceição, et.al., (2021) realizou um estudo onde descreveu a percepção da equipe multiprofissional diante do aborto legal, onde cita-se os desafios para equipe e até mesmo a impossibilidade do procedimento devido a persuasão da vítima por algum profissional da equipe a manter a gravidez e ficar com a criança, idade gestacional tardia e falta de conhecimento sobre a legislação por parte de alguns profissionais

Branco e colaboradores (2020) ao realizar uma pesquisa com profissionais que compõem equipes multidisciplinares, sendo eles: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes sociais, Advogados e Administradores, destacou que os mesmos citam a falta de estrutura da rede e barreiras assistenciais como o uso da objeção de consciência para a não realização do aborto legal baseando se em princípios morais, religiosos e/ou filosóficos.

Mudjalieb, (2020) corrobora com o estudo supracitado com relação a objeção de consciência, onde a equipe multiprofissional em um grupo de trabalho de multiplicadores da temática cita a mesma como algo corriqueiro na assistência a saúde da mulher em processo de abortamento legal, apontou dificuldades para a consolidação do procedimento devido falta de qualificação, desconhecimento de normativas, fluxos ainda em construção e fragilidades relacionadas a condutas individuais baseadas em crenças e valores.

Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional desconhecem a proposta da instituição que trabalham e muitas vezes lidam com o cotidiano sem saber como intervir e até mesmo tratando como invisível a violência sexual e atribui esse comportamento a falta de discussão na formação profissional e espaços interdisciplinares, além de pouco investimento na qualificação desses profissionais ainda não oferece suporte após o aborto legal. Os profissionais também descrevem barreiras estruturais como ausência de local específico para o procedimento e alojamento da mulher como falta de insumos e medicamentos para realizar uma assistência de qualidade e integral. Cita-se ainda alguns profissionais que se recusam a realizar o procedimento devido questões, religiosas, morais, objeção de consciência, despreparo técnico, desconhecimento da legislação e sofrimento emocional da equipe (Moreira, et al., 2020).

Mendes, et al., (2020) cita a objeção de consciência como resultado ao medo de estigmas sociais atribuídos aos profissionais de saúde como abortistas. Os profissionais se esbarram nas ambiguidades e inseguranças entre cumprir a lei ou correr o risco de sofrerem até mesmo retaliações políticas, religiosas e até mesmo da própria população.

Em um estudo nacional sobre o aborto legal no Brasil, Madeiro e Diniz (2015), os componentes da equipe multiprofissional citam dois desafios enfrentados um deles é pequena disponibilidade de profissionais principalmente médicos que realizam o procedimento e o outro a necessidade de maior capacitação das equipes quanto à ampliação do conhecimento sobre a legislação relacionada aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O estudo de Rocha, et al., (2015) corrobora com o estudo supracitado com relação a dificuldade de profissionais disponíveis para realizar o procedimento de aborto legal, dos 177 componentes da equipe multiprofissional, 113 afirmaram que não realizariam ou participariam do procedimento por situações enfrentadas devido estigmas, moralidade, inviolabilidade da vida, religiosidade, questões emocionais, culturais e alegação de Objeção de consciência. Também cita que 140 participantes são favoráveis a qualificações profissionais nessa temática.

6- DISCUSSÃO

6.1 Desafios para os usuários dos serviços de saúde

Apesar do aborto legal resultante de estupro estar previsto no Brasil desde 1940 o acesso a esse direito ainda é muito restrito, com inúmeras barreiras que dificultam o acesso das mulheres aos serviços de referência que realizam o procedimento. E mesmo com uma legislação vigente há tantos anos ainda não é um direito garantido, já que as mulheres precisam percorrer longos caminhos na busca pelo procedimento devido a escassez de serviço e ainda quando acessam precisam lidar com julgamentos morais, hostilidade, discriminação, sendo mais uma fonte de violência (Ruschel, et al., 2022).

As características das mulheres onde se evidencia uma situação de vulnerabilidade, como a liberdade sexual, são lidas por alguns profissionais de saúde como um modo de menor credibilidade ao seu relato, dificultando por meio do machismo, racismo ou classismo o acesso da mesma ao aborto legal. A Covid-19 também impactou no acesso aos serviços de saúde mulheres em situações de violência especialmente as populações mais vulneráveis. Para diminuir esses desafios enfrentados por clientes na busca pelo aborto legal, se faz necessário a reorganização dos serviços de saúde para garantir o acesso pleno das mulheres (Campo, Pereira, 2023).

Branco e colaboradores (2020) descrevem como resultado que as barreiras de acesso enfrentadas pelas mulheres, são tanto assistências como de carência de informações. O direito de optar pelo aborto legal muitas vezes é revertida em uma maternidade compulsória devido à falta de rede funcionante ou disponibilidade de equipe multiprofissional que realizam o procedimento.

A pessoa vítima de violência sexual que deseja realizar o aborto legal enfrenta um percurso, cheio de obstáculos geográficos, institucionais ou de consciência dos profissionais. Os serviços são distribuídos em 20 unidades da federação, em 7 não existe o serviço, apenas em 6 estados a mais de 1 serviço, e em 4 deles existe o serviço além da capital. Ao avaliar 68 serviços de saúde cadastrados como executantes do procedimento somente 37 estavam em

funcionamento, sendo todos os atendimentos realizados por equipe multiprofissional (Madeiro, Diniz, 2015)

A busca tardia pelo atendimento ocorre devido o segredo da violência sexual, a negação, o desejo de esquecer, a culpa, o estigma e a desinformação sobre o direito ao aborto. O silenciamento da vítima também é fruto da desinformação, sendo as maiores fontes de informação a atenção primária a saúde, órgãos de segurança e proteção, representando 70% das fontes de informação acerca do aborto legal. Também se considera barreiras de acesso os julgamentos morais, precariedade de infraestrutura, burocracias, falta profissionais e desinformação sobre leis e fluxos de atendimento (Ruschel, et al., 2022).

As mulheres ao serem atendidas durante o processo de aborto legal, descreveram outras necessidades assistenciais além das biológicas, sendo elas relacionadas a saúde mental, laboral, renda, exercício da maternidade, acesso a informação, autonomia, sororidade e acolhimento nos serviços de saúde. A gravidez é compreendida como parte da violência sexual sofrida sendo essa a principal razão pela busca do procedimento, o fato do diagnóstico da gravidez por si só já desencadeou sofrimento e a incerteza do desfecho dessa gestação se manifesta através de ansiedade, falta de apetite, isolamento, tabagismo e sofrimento psíquico (Santos; Fonseca, 2022).

O estudo de Ruschel et al., (2022) também descreve o sofrimento psíquico decorrente da violência e são experienciados pelas mulheres, medo, vergonha, raiva, nojo, desvalia, anedonia, alterações de sono e ideação suicida.

As mulheres referem que já no primeiro contato com o serviço de saúde precisam lidar com a falta de privacidade, exposição da violência para outras pessoas, atitudes discriminatórias, constrangimentos, comprovar a violência sexual e juízos de valor. Pessoas que passaram por situações de violência lidam com o medo, ansiedade, vergonha, culpa dentre outros sentimentos e necessitam de acolhimento, empatia, sensibilidade e atitudes livres de julgamentos. A falta de estrutura física é um desafio experienciado tanto por usuários como profissionais, a falta de local específico para acomodação e realização do procedimento, falta de insumos, medicamentos, e a restrição do procedimento a um único dia da semana também é um desafio (Moreira, et al., 2020).

O silenciamento da vítima é uma problemática diante do procedimento do aborto legal, pois quanto mais tempo passa maior é o sofrimento e até mesmo a impossibilidade de realizar o mesmo. A justificativa para a procura tardia pelo serviço de saúde envolve o medo de ser julgada, culpada, humilhada e repudiada pelos profissionais de saúde. O sentimento de ter o seu relato colocado em cheque como verdadeiro ou não são mais comuns com mulheres heterossexuais ou vistas como diferentes pelos profissionais (Silveira, et al., 2021).

Crianças e adolescentes que sofreram violência sexual e por consequência engravidaram demoram ainda mais a buscar assistência devido a sua imaturidade para compreender o fenômeno, manipulação do agressor, falta de conhecimento sobre o direito ao aborto legal, união matrimonial consentida e iniciação sexual com adultos precocemente. As vítimas apresentam rejeição a crianças

muitas vezes entram em depressão pós parto, quando a gestação é levada até o final devido a idade gestacional avançada (Conceição, et al., 2021).

Segundo Deslandes, et al., (2016) a quantidade de serviços que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em demandas clínicas ou psicossociais é insuficiente, sendo atendidas muitas vezes da mesma maneira que mulheres adultos e em espaços destinados a elas. Uma outra problemática é a flutuação de oferta de atendimento devido a baixa adesão de profissionais devido alegação de objeção de consciência, enfrentando um confronto entre o direito dos profissionais e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Dentre os desafios encontrados e vividos pelas mulheres destaca-se: a inexistência de serviços de saúde que realizam o aborto legal nas suas cidades, pois os mesmo estão localizados predominantemente nas capitais brasileiras, pois essas viagens representam um fardo tornando a experiência mais penosa e com custos diretos e indiretos, afastamento do trabalho e/ou estudos, e ainda garantir os cuidados com os filhos. A falta de informação sobre o aborto legal, a falta de acolhimento e escuta qualificada, sigilo profissional, apoio e assistência resolutiva também foram pontuados como algo a ser desbravado por essas mulheres, uma postura julgadora também é relatada (Santos, Fonseca. 2022).

Em um estudo realizado em Minas Gerais publicado em (2020), foram analisadas 35 instituições que realizam abortamento legal, e apontam falta de estrutura, os serviços não cumprem com o básico, que seria uma sala privativa, separada, sigilosa e humanizada, exclusiva para esse tipo de atendimento. Dentre esses serviços 60% apresentam objeção de consciência por toda a equipe, realizando então encaminhamentos que torna a experiência da mulher mais desafiadora, fato que corrobora com outros autores que citam a dificuldade de disponibilizar profissionais de saúde que aceitem fazer parte da equipe multiprofissional e atuar em aborto legal. O estudo aponta ainda que 83% das mulheres que buscaram a interrupção tiveram o procedimento negado mesmo previsto em lei (Mendes, et al., 2020).

Os profissionais médicos participantes do estudo de Lehnen (2024) também descreveram as dificuldades encontradas pelas mulheres aos serviços de saúde que realizam o abortamento legal, uma verdadeira peregrinação, citam a quantidade reduzida de instituições que realizam o procedimento e até mesmo dificuldades que permeiam desde a objeção e consciência a falta de materiais. Descreve ainda que em 2019 havia 176 hospitais credenciados ao SUS e destes somente 76 estabelecimentos realizam aborto legal, sendo 35 deles na região

Sudeste.

A falta de conhecimento sobre os direitos a interrupção legal da gestação, levaram a mulher após a violência sexual sentirem, vergonha, manter segredo e a não procurar qualquer atendimento de imediato. Ao chegar no serviço de saúde e receber a notícia da possibilidade da interrupção da gravidez desencadeou sensação de conforto e alívio. Ao encontrar um local e receber acolhimento da equipe multiprofissional foram essenciais para as mulheres entrevistadas (Machado, et al., 2015).

O sentimento de necessidade de ser passiva na relação usuária-profissional referente a informações evidenciou um acolhimento precário. Ainda relacionado ao acolhimento experimentou-se o medo relacionado ao sigilo, já que as vezes são provenientes de cidades pequenas e não gostariam de ter sua intimidade exposta. Fica explícito nesse estudo as necessidades humanas compreendendo a sua singularidade e os obstáculos vivenciados ao longo da trajetória abortiva (Santos, Fonseca, 2022).

Um dos desafios que também permeiam a assistência à mulher vítima de estupro é a suspeição sobre o que aconteceu e exige-se que os profissionais validem o seu relato para ter o direito ao aborto legal. Precisa-se que a mulher passe por um processo investigativo para provar a violência sofrida que serve para atestar o status de vítima na medida em que produz a verdade sobre o estupro. Além disso, durante o processo ainda ocorre acareações no intuito da mulher refazer o processo decisório sobre o aborto (Ruschel, et al., 2022).

A recusa dos serviços de saúde para a realização do abortamento legal impacta na saúde mental das mulheres, esses obstáculos enfrentados a falta do alcance ao procedimento que tem direito, pode ser causa de graves danos físicos e psíquicos, sentimentos como, culpa, vergonha, aflição e julgamento. O medo do julgamento dos profissionais do serviço de saúde acaba colaborando para a procura de abortos inseguros, ilegais, colocando assim a saúde física em risco de forma desnecessária. Isso acontece de forma frequente devido a descrença da palavra da pessoa que busca pelo procedimento. Obrigar o seguimento de uma gestação indesejada com direito a interrupção legal é considerado uma espécie de tortura, castigo que não encontra amparo na Constituição Federal de 1988 (Porto, 2023).

No estudo com abordagem aos profissionais médicos também aparece a desconfiança com relação a palavra da vítima e isso ocorreu mais na avaliação dos médicos obstetras não sendo observada na fala das médicas residentes. Logo fica claro que a mulher que chega ao serviço de saúde em busca do aborto legal pode ser vista a princípio como alguém que pode estar mentindo e não como alguém em busca de um direito, dessa forma a vítima precisa narrar a história de uma forma que convença o outro que ela tem direito ao aborto (Lehnen, et al., 2024).

A finalização do procedimento do aborto legal não é o fim do sofrimento para a pessoa, a mesma relembra a violência sexual e o ato do aborto, e mesmo após anos ainda lidam com esse sentimento traumático. Esse fato justifica a falta no retorno em consulta ambulatorial após o procedimento em serviços de saúde de referência, para não ter que falar sobre o acontecido e assim tentar esquecer esse episódio da vida (Machado, et al., 2015).

6.2 Desafios enfrentados pela equipe multiprofissional.

Os desafios da equipe multiprofissional envolvem questões de cunho ético, moral, cultural e religioso, verificou-se que essas questões refletem na falta de profissionais de saúde dispostos a atuar em serviços de abortamento legal. O desconhecimento da legislação vigente e a dificuldade de desvincular a prática profissional de suas concepções e valores pessoais e o repúdio de serem tachados como aborteiros prevalece (Rocha, et al., 2015).

Os profissionais de saúde acabam se afastando da assistência ao aborto legal devido suas crenças religiosas, estigmas e medo de serem vistos como aborteiros. O medo de ser incriminado também o faz duvidar da palavra da vítima. A objeção de consciência é um nó crítico na temática já que os profissionais da saúde podem recusa-se a realizar os procedimentos necessários para a realização do aborto. Apesar da objeção de consciência estar prevista no código de ética médica a mesma só pode ocorrer quando não se tratar de uma urgência ou caso a negativa não traga danos irreversíveis a paciente. As mulheres adultas são as que mais sofrem com essa prática, quando o aborto legal é para ser realizado em crianças e adolescente são mais facilmente percebidas como inocentes (Ruschel, et al., 2022).

A objeção de consciência prevista no código de ética médica descreve como um direito do médico não praticar condutas que estejam em desacordo com seus valores individuais, porém esse dispositivo não pode anular o direito ao acesso da mulher a esse tipo de assistência, sendo de responsabilidade da instituição de saúde garantir a assistência por um profissional que não apresente restrições, sendo vetada ao médico se recusar a assistência em casos de urgência ou emergência. Porém a objeção de consciência também é descrita como uma forma de proteção a um sentimento do profissional (Lehnen, et al., 2024).

Na percepção dos profissionais médicos também ficou evidente a queixa de uma abordagem muito breve da temática na sua formação profissional, também relatam falta em relação aos espaços institucionalizados como as residências para discutir esses casos, bem como formações profissionais. Consideram ainda importante a temática em simpósio e congressos (Lehnen, et al., 2024).

No estudo de Mudjalieb (2020) a abordagem em educação permanente com enfoque na sensibilização dos profissionais da saúde quanto ao abortamento se legal foi uma importante

estratégia para combater condutas isoladas, baseadas em crenças e valores individuais.

Em uma análise a partir da ótica médica descreve-se que os dilemas que os mesmos enfrentam na assistência às mulheres vítimas de violência sexual é a escassez da temática na formação profissional. Também citam como desafios a carência de recursos humanos para cuidar do conjunto de necessidades das vítimas, insuficiência de serviços para atender essas demandas e pouca divulgação desses já existentes. Além disso, existem ainda barreiras dos profissionais que advêm de questões morais e religiosas (Lehnen, et al., 2024)

No estudo de Mudjalieb (2020) é apontada a objeção de consciência como um dos principais obstáculos encontrados pelas mulheres que querem realizar o abortamento legal, devido à falta de qualificação dos profissionais do SUS para o atendimento às vítimas de violência sexual e possível desfecho em aborto. Necessitam-se de diretrizes para um melhor atendimento, como priorização dos casos de acolhimento e classificação de risco, atendimento multiprofissional e a presença de acompanhante durante a internação. O estudo corrobora com o estudo de Ruschel et al., (2022) onde ambos apontam a necessidade dos profissionais de saúde conhecer sobre legislação e as políticas públicas trazendo a educação permanente como aliado importante na sensibilização da equipe multiprofissional.

A grande maioria dos municípios brasileiros demonstra que os profissionais tanto da gestão como da assistência desconhecem a legislação em relação ao aborto e esse fato propicia os profissionais de saúde posturas inadequadas diante das mulheres e acabam dificultando o acesso à interrupção legal (Machado, et al., 2015).

No contexto histórico do Brasil as questões de ordem moral, ética e religiosas existentes quanto à prática do aborto criminalizada e estigmatizadas levam os profissionais a sentirem diversos desconfortos como sentimentos e reações intensas que pode se misturar com as questões de ordem pessoal. Além disso, existe ainda o receio de ser julgado pela sociedade ou até mesmo ser julgado criminalmente pela realização do procedimento (Lehnen, et al., (2024).

A equipe multiprofissional é composta minimamente por um profissional médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo. Como desafio ao profissional psicólogo cabe o desafio de responder múltiplas questões sobre direitos humanos, ética profissional, autonomia do cliente, raciocínio clínico, normas técnicas e legislação vigente. No quesito aborto legal proveniente gestação decorrente de violência sexual o campo de disputa narrativa acaba por buscar a veracidade do relato, mas o enfoque da equipe multiprofissional deve ser no campo assistencial e o psicólogo em específico na realidade psíquica apresentada e não obrigatoriamente focar na realidade dos fatos, já que esse papel compete ao campo jurídico. Para atestar que a solicitação do abortamento legal, a equipe multiprofissional precisa averiguar se o procedimento de acordo com o art. 128 do código penal sem a presença de alegação de

falso crime para então assinar o documento que autoriza a realização do mesmo (Martino, Sobreira, 2023).

A composição da equipe multiprofissional ainda é um desafio para a maioria dos serviços de saúde que realizam aborto legal no Brasil. O cumprimento do que se prevê em legislação e normas técnicas se esbarra em procedimentos tanto administrativos como de ordem pessoal dos profissionais de saúde. A equipe médica pode se nega a realizar o procedimento, porém é necessário que seja disponibilizado em tempo hábil outro profissional para realizar (Moreira, et al., 2020)

Existem fragilidades nos serviços de saúde que realizam o aborto legal, os profissionais se sentem despreparados para lidar com vítimas de violência sexual, alegam ausência de espaços interdisciplinares durante a formação em saúde onde não dialogam sobre temas complexos como esse, também relatam pouco investimento em qualificação e até mesmo em suporte após a realização de um procedimento tão complexo no campo psíquico tanto para a equipe multiprofissional como para o cliente e rede de apoio (Moreira, et al., 2020).

Os profissionais lidam com questões emocionais e fragilidades devido a dualidade que esta situação pode gerar. De uma lado existe a mulher em sofrimento, uma gestação a ser interrompida e todos os significados pessoais que pode trazer aos profissionais devido suas crenças e valores. A maioria dos profissionais que atendem casos de interrupção legal não se sentem preparados para vivenciar o aspectos que esse procedimento desencadeia em si mesmos. As instituições de saúde não ofertam suporte a esse profissional após um evento como esse que pode desencadear diversos sentimentos (Silveira, et al., 2021).

Apesar de não ser obrigação ou papel único do psicólogo atestar sobre a veracidade do relato, é comum que o mesmo seja solicitado para atestar veracidade de fatos, mas o objetivo do mesmo na equipe multiprofissional não é pericial e sim o acolhimento e cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, já que a gestação proveniente de violência sexual é compreendida como um evento traumático com alto potencial adoecedor (Martino, Sobreira, 2023).

Os profissionais podem se recusar a realizar o procedimento de aborto legal sob alegação de objeção de consciência baseando-se na liberdade religiosa, consciência e pensamento. Porém essa prerrogativa não é absoluta, precisando levar em conta os direitos profissionais mas também dos usuários. A objeção de consciência apesar de ser um direito dos profissionais vem sendo um grande entrave na assistência a mulher vitima de violência sexual, pois a mesma não pode justificar a violação de direito das vítimas, nem tão pouco revitimizar com posturas punitivas e negacionistas (Branco, et al., 2020).

A participação cidadã em espaços de discussões sobre políticas de saúde que englobam o aborto legal, são de suma importância para envolver os atores e entidades não governamentais

a um enfrentamento de desafios relacionados à legislação, formação profissional, direito sexual e reprodutivo, ampliação de acesso no intuito de chegar em consensos. Nota-se que não existem orientações claras sobre a avaliação de pareceres técnicos que norteiam os profissionais. O aborto ainda segue sendo um tema debatido entre majorias e minorias e nesse sentido os fundamentos dos Direitos Humanos podem contribuir para o posicionamento daqueles que agem de forma antagônica ao aborto legal. Fomentar discussões que ajudam a construir diferentes pontos de vistas discutidos de forma respeitosa e construtiva pode ser um caminho para amenizar tantos os desafios enfrentados por usuários como por profissionais de saúde (Alvarado, Alvarez, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados epidemiológicos apontam um aumento considerável nas notificações de violência sexual no Brasil e ao considerar que o desfecho desses casos pode em até 7% resultar em gravidez indesejada, se faz necessário o aumento da disponibilidade de aborto legal em todo o país, ao observar que esse procedimento acontece prevalentemente nas capitais brasileiras, compreende-se que as mulheres estão desassistidas nas cidades interioranas mais distantes dos grandes centros urbanos, estando mais susceptíveis a se submeter a abortos inseguros e consequentemente correm mais risco de complicações e óbitos maternos.

A escassez de serviços de saúde que ofertam aborto legal é uma problemática pouco debatida e divulgada devido o tema ser considerado um tabu social, moral, religioso e ético. Além desses entraves para discutir a temática a falta de conhecimento é algo alarmante tanto dos gestores, equipe multiprofissionais e mulheres.

Os desafios iniciam pelo fato de ser do gênero feminino, onde a maternidade deveria ser algo divino ou dado como dom a todas as mulheres, a violência sexual sofrida na grande maioria se trata de violência de gênero onde a mesma é vista como alguém que não tem poder de decisão sobre o sim ou não, apenas precisa aceitar a fúria e o descontrole de seu agressor para que o pior não aconteça. Após todos esses danos psíquicos muitas vezes ao se deparar com uma gestação indesejada precisa enfrentar ainda longos trajetos para acessar os serviços de aborto legal, profissionais não capacitados e que se negam a realizar ou participar do procedimento, falta de estrutura física, exposições, julgamentos, contestações e até mesmo a negativa da realização do aborto legal previsto desde 1940.

As discussões sobre o aborto no Brasil são amplamente debatidas por grupos políticos que apontam as suas ideologias de vida ou de religião sobre a temática e acabam por misturar diversos aspectos políticos, sociais, morais, legislativos e pessoais a algo que não pode ser decidido baseado nesses aspectos e sim em dados reais dessa demanda no nosso país e no intuito de proteger as vítimas e evoluir a legislação, não retroceder ignorando o que as evidências

científicas apontam.

As mulheres precisam de representatividade nos ambientes legislativos e demais frentes para que a sua voz seja ouvida e compreendida por quem sente do mesmo, os traumas, as sequelas, o filho indesejado, o prejuízo social e financeiro será descrito e sentido somente por quem passou por uma violência sexual ou passou por um aborto legal. Ainda que se todo o cenário nacional fosse favorável a realização do aborto, ainda precisa-se avançar muito na proteção das mulheres. Logo os dois estão entrelaçados e precisam de visibilidade e resoluções imediatas, para que não continuem morrendo mulheres todos os dias vítimas de violência ou abortos clandestinos.

8 CONCLUSÃO

O aborto legal é considerado um tema tabu ainda na nossa sociedade e com o aumento de casos, denúncias e notificações de violência sexual contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência ou sob efeito de alguma substância psicoativas, emergiu a necessidade de repensar os desafios que circundam o aborto legal.

Evidenciou-se com esse estudo a demora na evolução e aprimoramento da execução do código penal vigente há 85 anos no Brasil, que garante a interrupção legal da gravidez em casos decorrentes de estupro, risco de morte materna e após 2012 em fetos anencéfalos, essa realidade retrata a dificuldade de fomentar diálogos relacionados ao tema em espaço legislativos. A falta de protocolos atualizados e amplamente divulgado a partir da legislação vigente também abre brechas para a assistência desencontrada muitas vezes por instituições e profissionais de saúde. A lei Maria da Penha é muito significativa no quesito manejo a mulher vítima de violência, mas não abrange o aborto legal, mas com a devida condução dos casos de estupro que resultam em gravidez, pode através do espaço de atendimento as vítimas realizar orientações sobre os direitos e a possibilidade da interrupção da gravidez.

Os usuários ainda percorrem verdadeiras peregrinações para que se garanta o que se é de direito. Com a baixa oferta de instituições de saúde que ofertam o procedimento e principalmente presente mais frequentemente nas capitais brasileiras esse acesso se torna penoso a pessoas interioranas, com dificuldades financeiras para locomoção e sem acesso adequado a informação.

Além das barreiras físicas ao procurar o serviço de saúde para realizar a interrupção legal de uma gestação, existem ainda dificuldades relacionadas ao longo silenciamento e segredo da gestação que resulta em uma idade gestacional mais avançada que torna o processo por vezes mais doloroso ou até o impossibilita de ocorrer.

A falta de informação sobre os direitos quanto cidadã ficou evidente na pesquisa, a falta de divulgação do direito e dos locais onde buscar auxílio também é um desafio. Quando acessam o serviço também precisam lidar com a falta de acolhimento, falta de estrutura física e insumos, precisam passar por inquéritos e muitas vezes têm a sua palavra ou fato colocado em cheque pela equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional enfrenta o desafio de desconhecer a fundo a temática e citam ainda a necessidade protocolos estruturados e vigentes para conduzir o aborto legal de forma segura. As dificuldades relacionadas ao conhecimento da legislação, direitos dos profissionais e da solicitante pelo procedimento também são enfatizados. Uma solução apontada por diversos artigos é a necessidade de uma abordagem ampla com enfoque além do técnico e biológico na formação profissional, espaços públicos e legislativos de debates e no ambiente profissional através de educação permanente.

Outro ponto a se destacar são os conflitos vivenciados pelos profissionais de saúde que muitas vezes desconhecem que a instituição de saúde a que pertencem realiza a interrupção legal da gestação e ao se deparar com a necessidade de prestar esse tipo de assistência se negam devido questões, religiosas, morais, culturais, éticas e medo de estigmas sob alegação de objeção de consciência. A educação continuada e permanente também quando permeia a formação desses profissionais diminui as negativas dos mesmos na realização do aborto legal.

Por fim conclui-se que ainda se faz necessários estudos com dados fidedignos com relação a quantidade de instituições de saúde que realizam o aborto legal e que estão devidamente credenciadas. Ampliação de locais e de equipes multiprofissionais aptas a realizar o procedimento de forma segura. Publicações de dados atuais de mortalidade materna proveniente de abortos inseguras para que sejam preenchidas as lacunas dessa assistência de forma efetiva conforme as prerrogativas legais e propostas pelo Sistema Único de Saúde.

9-REFERÊNCIAS

ALVARADO, S. C.; ÁLVAREZ, B. La participación ciudadana en el desarrollo legal de la política pública; a propósito del debate congresal por la despenalización del aborto por violación. In: **Anales de la Facultad de Medicina**. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015. p. 413-424. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37943429013.pdf> . Acesso em: 02 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento .1. ed. rev. Brasília. 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1edre v. pdf. Acesso em: 01 dez. 2024.

BRASIL. Lei Maria da Penha: LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 05 jan. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Relator: Marco Aurélio Mello. Plenário. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 24 abril 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pd f. Acesso em: 05 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed. p df. Acesso em: 22 nov. 2024.

BASTOS, P. M. B. *O Aborto por estupro: uma reflexão jurídica e científico-religiosa sobre as garantias constitucionais do nascituro*. 2019. Dissertação de Mestrado. Faculdade Unida de Vitória (Brazil). Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/872b6f153a1ff7bfedd1d0fd2fe833b0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 03 maio 2024.

BESSONE, P.G. Los debates por la legalización del aborto en Argentina. Notas sobre la relación entre la Iglesia católica y los distintos Gobiernos presidenciales en democracia (1983-2018). **Apuntes**, v. 47, n. 87, p. 87-117, 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0252-18652020000200087&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 05 out 2024.

BRANCO, J. G. O. *et al.* Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, p. e00038219, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KNvzzQxzBnvWXVxm4zgWjWs/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 02 dez. 2024.

BORGES, Rachel Soares. **Religião e aborto: A correlação entre a permanência da criminalização do aborto e a predominância da religião cristã na sociedade brasileira**. 2021. Dissertação de Mestrado. Faculdade Unida de Vitória (Brasil). Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/457f0144ed14c0000ece015c3107e1f2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 01 nov. 2024.

CARDOSO, B. B; VIEIRA, F. M. S. B; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. e00188718, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v36s1/1678-4464-csp-36-s1-e00188718.pdf>. Acesso em: 02 out 2024.

CAMISÃO, J. N. Planejamento familiar: um olhar ampliado a partir da prática interventiva no estágio curricular obrigatório realizado na maternidade do HU/UFSC. Santa Catarina. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/118979>. Acesso em: 02 dez. 2024.

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. (2009). Gênero e diversidade nas escolas: Formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico raciais. Disponível em: <http://www.e-clam.org/downloads/Caderno-de-Atividades-GDE2010.pdf>. Acesso em 10 Jun 2024.

CAMPOS, É; PEREIRA, C. A. R. Estudo observacional dos casos de violência contra mulher notificados em um hospital fluminense em 2020. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 478-492, 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2023.v47n138/478-492/>. Acesso em: 03 dez. 2024.

Conselho Federal de Psicologia. (2012). Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programa de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2013/05/2013-05-02b-MULHER.pdf>. Acesso em: 13 Jun 2024.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016, 5 de setembro). Documento de orientação CRP SP 01/2016: Às/aos psicólogas/os Documento de orientação frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção da gravidez. Disponível em: <https://www.crp-sp.org/uploads/impresso/1650/jVoSvozW9znlDNP49UpfROzanhryWkKi.pdf>. Acesso em: 05 Jun 2024.

CONCEIÇÃO, M. M. *et al.* Gestação secundária à violência sexual infantojuvenil: percepções de profissionais de saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4427>. Acesso em: 02 dez. 2024.

CONTE, B.S. Depoimento sem dano: a escuta da psicanálise ou a escuta do direito?. **Psico**, v. 39, n. 2, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2262/3043>. Acesso em: 05 Jun 2024.

COLÁS, O. R; ROSAS, C. F; PEREIRA, I. G. Resgate histórico do primeiro programa público de interrupção da gestação por estupro no Brasil. **Femina**, v. 49, n. 3, p. 183-6, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224086/femina-2021-493-p183-186-resgate-historico-do-primeiro-program_NcFocrR.pdf. Acesso em: 16 Jun 2024.

DARZÉ, O. I. S. P; AZEVEDO, B. K. G. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 36, p. 5-9, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/9Dgd9Mqj3QvwQTLgdV99xMB/?format=html>. Acesso em: 22 dez. 2024.

Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>, acessado em 02/Fev/2019.

Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940, 7 de dezembro). Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 25 de maio 2024.

DESLANDES, S. F. *et al.* Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 865-877, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dCLcp8cQmptMKXhPt789Zpg/?lang=pt>. Acesso em: 02 dez.2024.

DE MORAIS, Lorena Ribeiro. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. 2008. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6%E. Acesso em: 10 nov. 2024.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/653-660/pt/>. Acesso em: 05 nov. 2024.

DINIZ, C. S. G; CABRAL, C. S; DREZETT, J. PL 1904/2024: um debate sobre aborto, violências e direitos. **Saúde é Pública**. 2024. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003202903>. Acesso em: 12 out. 2024.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vz5bVgLTWS54g4KLXDynSqf/>. Acesso em: 18 out. 2024.

FERENCZI, S. (2011). Obras completas: Psicanálise IV. WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1992)

JACOBS, M. G.; BOING, A. C.. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3689–3700, set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wJpc4KshhqK3mn59jTLHrQN/>. Acesso em: 02 nov. 2024.

JACOBS, M. G; BOING, A. C. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00085321, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n12/e00085321/pt/>. Acesso em: 02 nov.2024.

KASSEBAUM, N. J, *et al.* Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet** 2014. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60696-6/fulltext?_ga=1.255273224.1204898338.1399103152](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/fulltext?_ga=1.255273224.1204898338.1399103152). Acesso em: 03 out. 2024.

KNOREK, R. DIREITO E RELIGIÃO: a complexidade da justificação moral numa relação com a bioética. 2018. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/8906>. Acesso em: 03 out. 2024.

LEAL, M. C. *et al.* Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, 2024. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8576>. Acesso em: 08 dez. 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00036223, 2024.

LEON, D. M.P. Factores asociados al aborto incompleto en pacientes atendidas en la Clínica Familiar Union, Huacho-Lima. 2022. Disponível em: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_251f49d94f061d09efd6c30f9f55a88c. Acesso em: 05 ago. 2024.

Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. (2017). Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: <https://bit.ly/3AxxLz0>. Acesso em: 05 nov. 2024.

LEHNEN, A. J. S. *et al.* O aborto legal em casos de gravidez decorrente de violência sexual: percepções e vivências de médicas e médicos obstetras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00124423, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2024.v40n5/e00124423/pt/>. Acesso em 03 out. 2024.

LUNA, N. Disputas sobre aborto e diversidade sexual na Câmara dos Deputados nos anos iniciais do governo Bolsonaro: da arte de marcar as diferenças. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 20, p. 00803, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/vb/a/YVsWbzzGkFQR7cbkP79krVp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2024.

MACHADO, C. L. *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ynyNzd6WfFpwhBDr4MrZM6t/?lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2024.

MADEIRO, A. P; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil—um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/>. Acesso em: 02 dez. 2024.

MARTINO, M. K. Violência sexual contra mulheres e discursos sobre abortamento legal. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-17062020-174119/en.php>. Acesso em: 05 out. 2024.

MARTINO, M. K.; SOBREIRA, L. A.; NAKANDACARE, V. C. DE S. A.. Violência Sexual e Aborto Legal: Possibilidades e Desafios da Atuação Psicológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e263877, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/63PwrHtyvBzb3BrRKtbWyCt/>. Acesso em: 15 nov. 2024.

MELNIK, B. M, OVERHOLT, E, F. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Williams & Wilkins. Philadelphia. 2011. Disponível em:

[https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=EPaBEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT26&dq=Melnyk,+B.+M.%3B+Fineout+Overholt,+E.\(Ed.\).+Evidence+based+practice+in+nursing+%26+healthcare:+A+guide+to+best+practice.+Lippincott+William+s+%26+Wilkins,+2011.&ots=PG1eOcJmsF&sig=gdPPM33bssGKvlMu7NU6MfViDwQ#v=onepage&q&f=t+rue](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=EPaBEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT26&dq=Melnyk,+B.+M.%3B+Fineout+Overholt,+E.(Ed.).+Evidence+based+practice+in+nursing+%26+healthcare:+A+guide+to+best+practice.+Lippincott+William+s+%26+Wilkins,+2011.&ots=PG1eOcJmsF&sig=gdPPM33bssGKvlMu7NU6MfViDwQ#v=onepage&q&f=t+rue). Acesso em 07 ago. 2024.

MENDES, R. W. M. *et al.* Conscientious objection to legal abortion in Minas Gerais State. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, v. 42, n. 11, p. 746- 751, 2020. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1721683>. Acesso em: 05 dez. 2024.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e180895, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n1/e180895/pt/>. Acesso em: 08 dez. 2024

MUDJALIEB A. A. Report of an experience to expand access to legal abortion for rape victims in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saude Publica**. 2020 Apr 6;36Suppl 1(Suppl 1):e00181219. English, Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00181219. PMID: 32267403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qvj4SWvNnNWMPNM9rFFVWSt/?lang=en>. Acess em: 05 out. 2024.

OLIVEIRA, S. C. C. *et al.* Aborto: uma revisão integrativa acerca da sua realização sob a ótica jurídica e social: Abortion: an integrative review of its realization from a legal and social perspective. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 1, p. 1564-1580, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/56092>. Acesso em: 07 nov.2024.

OMS. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo Abortion care guideline: executive summary. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1373582>. Acesso em: 10 ago. 2024.

Organização das Nações Unidas. (2016). ONU Mulheres. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Glossario-ODS-5.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2024.

OMS. (2013). Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde (2a ed.). Organização Mundial da Saúde.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 a revisão. São Paulo: Edusp; 2012.

OMS. Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca. Geneva. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.

PATRÍCIO, S. DE S. *et al.* Fetal abnormality with possibility of legal termination: maternal dilemmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 125–131, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CdKp5xcmZ8FV3tkSwxfm9Sn/?lang=en>. Acesso em: 05 nov.2024.

PEREIRA, B. P. Sentindo-se responsabilizada: a decisão da mulher sobre o uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18680>. Acesso em: 08 dez. 2024.

PIZZO, G. M; TILIO, R. EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM BUSCA DE

ABORTAMENTO LEGAL NO BRASIL. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 10, n. 2, p. 851-871, 2024. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1225>. Acesso em: 05 dez. 2024.

PORTO, M. Saúde mental e abortamento voluntário na audiência pública da ADPF442/STF. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e264324, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MDSFZHYvVPbtSz9ggdvRYGG/>. Acesso em: 05 dez. 2024.

ROCHA, W. B. *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 387-399, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/myRTsNpTbBfTW8dF3TdTKLK/?lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2024.

RUSCHEL, A. E. *et al.* Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cadernos de saúde pública**, v. 38, p. e00105022, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CdKp5xcmZ8FV3tkSwxfm9Sn/?lang=en>. Acesso em 05 nov. 2024.

SANTOS, D. L. A. D, FONSECA, R.M. G. S.D. Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2022; 30:e3561. doi: 10.1590/1518- 8345.5834.3561. PMID: 35507958; PMCID: PMC9052774. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WfhmRpSZSpssgwbzhHyJNjt/?lang=es>. Acesso em: 09 out. 2024.

SILVA, Lucivani Ferreira; FERREIRA, Crystopher Alves Lobo; DE OLIVEIRA FREITAS, Elisângela Antônio. A ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTO LEGAL. **CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG**, n. 21, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/1401>. Acesso em: 19 dez. 2024.

SILVEIRA, J. R. *et al.* Percepções da equipe multiprofissional frente à interrupção legal da gestação por violência sexual. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, p. e20190070, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3rGj8s9LLCFtmmX9MM5XR5s/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

Supremo Tribunal Federal. (2012, 12 de abril). Arguição de descumprimento de preceito fundamental (Med. Liminar) 54. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 30 Maio 2024.

SANTOS, D. L. A, BRITO, R. S. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Rev enferm UERJ**. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4765/ccaa42e9c3f995998cd572b7117ec1a96648.pdf>. Acesso em 20 de maio 2024.

ULIANA, Maíra Dutra *et al.* Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021341, 2022. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4765/ccaa42e9c3f995998cd572b7117ec1a96648.pdf>. Acesso em 05 de nov. 2024.

W. H.O. World report on violence and health. World Health Organization. 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. Acesso em: 11 de Maio 2024.

W. H. O. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. 2011; WHO: Geneva. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf. Acesso em 01 ago.2024.

W. H. O, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-44874>. Acesso em: 02 maio 2024.

W. H. O. Health statistics and health information systems. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>. Acesso em: 05 de julho de 2024.

W. H. O. *et al.* Abortion care guideline: executive summary. World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em: 07 ago. 2024.

Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm [Internet]. 2008Oct;17(4):758–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it?. einstein (São Paulo) [Internet]. 2010Jan;8(1):102–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-Based practice, step by step: asking the clinical question. Am J Nurs. ; 110(3):58-61. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000368959.11129.79>

Silva GA, Otta E. Systematic review and meta-analysis of observational studies in psychology. Revista Costarricense de Psicología. 2014 ; 33(2):137-53. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47674723800>